



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**FAMÍLIAS QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO
- ESTUDO EXPLORATÓRIO DE BASE POPULACIONAL NO CONCELHO DO PORTO -**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Por:

PAULO JOSÉ PARENTE GONÇALVES

Instituto de Ciências da Saúde

Setembro, 2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**FAMÍLIAS QUE INTEGRAM PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO
- ESTUDO EXPLORATÓRIO DE BASE POPULACIONAL NO CONCELHO DO PORTO -**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Por:

PAULO JOSÉ PARENTE GONÇALVES

Orientação:

Professor Doutor Abel Paiva e Silva

Instituto de Ciências da Saúde

Setembro, 2013

Agradecimentos

Aos que me confrontaram perante as dificuldades
(que mais não eram do que verdades que não enxergava)

Aos que me foram retirando escolhos do caminho
(porque a vida para além da tese tem exigências que não esperam)

Aos outros que me deram uma mão
(porque um apoio cai sempre bem e uma ajuda vem sempre a calhar)

Aos que fizeram o caminho comigo
(sem eles não teria feito sentido, tampouco teria sido possível)

A todos, mas em particular, ao Abel, à Alexandrina, à Alice, à Amélia, à Ana, à Andreia, à Bárbara, à Carlota, à Carmen, à Catarina, à Célia, ao Daniel, ao Filipe, ao Francisco, à Helena, à Joana, à João, ao João, à Margarida, à Paula, à Rosa, à Rute, à Manuela, à Sandra, ao Sérgio, à Virgínia, ao Zé, obrigado!

À minha mãe, razão primeira de ser enfermeiro.

*Se os filhos não quiserem alimentar o seu pai e a sua mãe,
ninguém os força a isso;
mas as filhas são obrigadas a fazê-lo,
mesmo quando não querem.*

Hérodoto¹

Às filhas que cuidam dos pais
(porque mesmo quando as coisas mudam, afinal mudam muito devagar...)

¹ BRIS, H. J. (1994). Responsabilidade Familiar pelos Dependentes Idosos nos Países das Comunidades Europeias, Lisboa, Conselho Económico e Social.

Resumo

Problemática – A manutenção de um familiar dependente no autocuidado no seio da família é uma realidade em transformação. As alterações demográficas desencadearam uma mudança das necessidades em saúde das famílias e dos membros envolvidos no processo de cuidados, que justificam um novo olhar. Estas mudanças constituem-se como uma oportunidade de construir e de representar conhecimento que sustente novos modelos de exercício profissional, capazes de contribuir para uma transição saudável, não só da pessoa dependente, mas, também, do cuidador familiar e da família.

Objetivos – No âmbito de um projeto mais amplo, evoluiu-se para um estudo no concelho do Porto que visava a caracterizar: as famílias clássicas que integram pessoas dependentes no autocuidado; a pessoa dependente; o cuidador familiar; os recursos utilizados; e, os contextos em que o fenómeno ocorre.

Material e métodos – Concebeu-se um estudo de carácter descritivo e correlacional, que se enquadra nos modelos de investigação quantitativa de base populacional. Tendo como população-alvo as famílias clássicas residentes no concelho do Porto, foi desenhado um plano de investigação que incluía duas etapas sucessivas a decorrer em simultâneo. A primeira dirigida às famílias clássicas em geral e a seguinte apenas àquelas que integravam familiares dependentes no autocuidado e/ou que tinham um parente institucionalizado.

Foi constituída uma amostra aleatória estratificada com base na freguesia de residência através de um sistema de informação geográfica.

A recolha de dados foi realizada porta a porta por investigadores-enfermeiros com recurso a um formulário construído pela equipa de investigação e, posteriormente, validado com base no conjunto dos dados referentes aos concelhos do Porto e de Lisboa.

Resultados – Das 2314 famílias clássicas que fazem parte do estudo no concelho do Porto, 10,41% integram uma pessoa dependente no autocuidado (55% tem mais de 80 anos), sendo que, em cada três pessoas dependentes, uma é “dependente-acamado”. A prevalência destes casos obedece a uma distribuição geográfica concêntrica, com valores mais altos na zona mais antiga da cidade (13,77%) e valores mais baixos no litoral atlântico (5,89%).

Os cuidadores familiares asseguram, sobretudo, os cuidados que mais se aproximam das suas práticas quotidianas, descurando os que exigem competências mais diferenciadas e maiores capacidades cognitivas.

A utilização dos equipamentos necessários à realização do autocuidado fica muito aquém do que seria apropriado. Ao enfermeiro recorrem apenas pouco mais de metade das famílias que tomam o médico como principal recurso profissional.

No concelho do Porto, 6,4 % das famílias clássicas têm, pelo menos, um parente próximo dependente no autocuidado que está institucionalizado. Se dispusessem das condições necessárias (nomeadamente, de apoio de profissionais da saúde), 32,4 % integrariam estes parentes na família.

Conclusões – O fenómeno da dependência apresenta-se em dois quadros que caracterizam outros tantos contextos de cuidados. Um que se organiza em torno do nível elevado de dependência no autocuidado da pessoa dependente. Outro estruturado a partir da ação do cuidador familiar centrada na promoção do autocuidado da pessoa dependente.

Os cuidadores familiares (9% dos quais com mais de 80 anos) assumem a relação de cuidados e envolvem-se nela, apenas apetrechados com as competências que a experiência de vida lhes forneceu, numa atitude voluntarista que, em alguns casos, se revela prejudicial para a condição de saúde do familiar dependente. Fazem o que sabem e podem, mas que é insuficiente para responder às reais necessidades em cuidados de saúde do familiar dependente.

A manutenção no seio da família continua a ser a opção preferencial dos respetivos membros, constituindo a institucionalização uma solução de recurso de que as famílias se socorrem na ausência de apoios, sobretudo das equipas da saúde, mas também da própria família.

Uma maior profissionalização dos cuidados à pessoa dependente, tal como ao cuidador familiar, poderia contribuir para preservar a independência possível no autocuidado, facilitando, em simultâneo, a transição saudável para o papel de cuidador.

Abstract

Background – The maintenance of a dependent family member in self-care within the family is a changing reality. Demographic changes, such as the process of ageing of the population, as well as the changes in the family structure – particularly in large urban centers – triggered a rapid change in the nature of the families' health needs which justify a new vision.

In an area so sensitive such as the intervention of nurses, those changes represent an opportunity to build and underline knowledge which to support new professional standards of care for a healthy transition both the family caregiver and the family.

Objectives – This study was developed in Oporto city and aimed to characterize the classic households that embrace dependent people in self-care as well to characterize the dependent person, the family caregiver, the means used and to characterize the contexts in which the phenomenon occurs.

Material and methods – A descriptive and correlational study has been designed fitting the models of quantitative research. Considering the classic families living in Oporto as a target population, it was created a research plan that included two successive phases running simultaneously. The first one was addressed to classic families and the second to the families that included a person dependent in self-care and/or had a relative in the same condition institutionalized. It was established a stratified random sample based on the residence parish. To select families, it was used a geographic information system has been used. Data collection was carried out door-to-door by nurses' researchers using the form "Families that integrate a dependent in self-care") built by the research team and subsequently validated.

Results – Out of 2314 classic families of Oporto, 10,41% included at least one dependent person in self-care (55% had more than 80 years old). The prevalence of the cases followed a concentric geographical distribution with higher values in the oldest area of the city (13,77%) and lower values on the atlantics coast (5,89%). Family caregivers who had high levels of self-efficiency neglected the skills that require more differentiated and higher cognitive capacities.

The use of the equipment needed to carry out self-care falls was poor of what would be suitable. There is evidence that health professional assistance did not withdraw from curative models. Only half of the families referred to have nursing assistance, considering the medical doctor as the main professional resource.

In the area of Oporto, 6,4% of classic families have at least one relative dependent in self-care who was institutionalized. If they had the necessary conditions (*e.g.* support of health professionals), 32,4% would integrate these relatives in the family environment.

In a comparative evaluation between family caregivers between Lisbon and Oporto, in relation to the care provided and the resources used in performing self-care, no significant differences were observed.

Conclusions – The phenomenon of dependence is presented in two frames which characterize many other health care settings. One that is organized surrounding the dependency high degree of the person. The caregivers' action was focused on promoting self-care of the dependent person. Family caregivers (in which 9% was over 80 years) confirmed the caring relation and engage in it, only equipped with the skills that life experience gave them. Family caregivers did what they knew and what they could do, but that was insufficient to meet the real needs of the dependent relative. The maintenance of the dependent person within the family context was an option of the family members, and the institutionalization was an option when families have no support. Greater professionalization of the care dependent person, but also of the caregiver, could contribute to maintaining independence in self-care and healthier transition into the role of caregiver.

Abreviaturas, siglas e acrónimos

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
AICc – Akaike Information Criterion correction
ANOVA – Análise de variância
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BGRI – Base Geográfica de Referenciação de Informação
CAOP – Carta Administrativa Oficial de Portugal
CF – Cuidador Familiar
CGA – Caixa Geral de Aposentações
CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CSI – Complemento Solidário para Idosos
ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados
Equip. – Equipamento
FD – Familiar Dependente
ICN – International Council of Nursing
INE – Instituto Nacional de Estatística
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social
n.º – número
NOC – Nursing Outcomes Classification
NUTS – Unidade Territorial Estatística de Portugal
OMS – Organização Mundial de Saúde
PCHI – Programa Conforto Habitacional para Idosos
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RSI – Rendimento Social de Inserção
SNS – Sistema Nacional de Saúde
TSC – Teoria Social Cognitiva

Tx. – Taxa

UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade

UCCI – Unidades de Cuidados Continuados Integrados

UNIESEP – Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto

USF – Unidade de Saúde Familiar

Util. – Utilização

Índice de figuras

Figura 1. Distribuição das famílias que integram, pelo menos, um membro dependente no autocuidado, por freguesia do Porto _____	151
Figura 2. Distribuição das famílias que integram, pelo menos, um membro dependente no autocuidado, por zona geográfica do Porto _____	155
Figura 3. Distribuição das famílias que integram um “dependente-acamado” no autocuidado, por freguesia do Porto _____	160
Figura 4. Distribuição das famílias que integram um “dependente-acamado” no autocuidado, por zona geográfica do Porto _____	162
Figura 5. Perfil de coesão e separação dos agrupamentos _____	198
Figura 6. Importância dos preditores do processo de agrupamento _____	199
Figura 7. Dimensão dos agrupamentos _____	199
Figura 8. Comparação dos contextos “dependência-cuidados-na-família” e dos resultados “globais”, por variável _____	200
Figura 9. Variáveis dos agrupamentos <i>condição de dependência – familiar dependente e cuidados de incentivo – cuidador familiar</i> _____	206
Figura 10. Comparação do agrupamento <i>condição de dependência – familiar dependente</i> com os resultados “globais”, por variável _____	207
Figura 11. Distribuição da “dependência” no contexto <i>condição de dependência – familiar dependente</i> _____	208
Figura 12. Distribuição da “condição da saúde” no contexto <i>condição de dependência – familiar dependente</i> _____	209
Figura 13. Distribuição do “incentivo” no contexto <i>condição de dependência – familiar dependente</i> _____	213
Figura 14. Distribuição da “intensidade” no contexto <i>condição de dependência – familiar dependente</i> _____	215
Figura 15. Distribuição da “autoeficácia” no contexto <i>condição de dependência – familiar dependente</i> _____	218
Figura 16. Distribuição da “taxa de utilização dos recursos” no contexto <i>condição de dependência – familiar dependente</i> _____	219
Figura 17. Variáveis dos agrupamentos <i>condição de dependência – familiar dependente e cuidados de incentivo – cuidador familiar</i> _____	222
Figura 18. Comparação do agrupamento <i>cuidados de incentivo – cuidador familiar</i> com os resultados “globais”, por variável _____	222

Figura 19. Distribuição do “incentivo” no contexto <i>cuidados de incentivo – cuidador familiar</i>	224
Figura 20. Distribuição da “autoeficácia” no contexto <i>cuidados de incentivo – cuidador familiar</i>	225
Figura 21. Distribuição da “dependência” no contexto <i>cuidados de incentivo – cuidador familiar</i>	226
Figura 22. Distribuição da “condição de saúde” no contexto <i>cuidados de incentivo – cuidador familiar</i>	227
Figura 23. Distribuição da “intensidade” no contexto <i>cuidados de incentivo – cuidador familiar</i>	229
Figura 24. Distribuição da “taxa de utilização dos recursos” no contexto <i>cuidados de incentivo – cuidador familiar</i>	230
Figura 25. Importância dos preditores do nível de dependência no autocuidado do familiar dependente	232
Figura 26. Modelo global do nível de dependência no autocuidado	233
Figura 27. Coeficientes de relação entre os preditores e a “dependência”	233
Figura 28. Estimativa do nível de dependência no autocuidado do familiar dependente face à variação dos cuidados de incentivo, da condição de saúde, da intensidade de cuidados e da taxa de utilização dos recursos necessários	235
Figura 29. Importância dos preditores da condição de saúde do familiar dependente	236
Figura 30. Modelo global da condição de saúde do familiar dependente	236
Figura 31. Coeficientes de relação entre os preditores e a “condição de saúde”	237
Figura 32. Estimativa da condição de saúde do familiar dependente face à variação do nível de autoeficácia e do nível de dependência.	237
Figura 33. Importância dos preditores das ações de incentivo do cuidador familiar	238
Figura 34. Modelo global das ações de incentivo do cuidador familiar	238
Figura 35. Coeficientes de relação entre os preditores e o “incentivo”	239
Figura 36. Estimativa dos cuidados de incentivo do cuidador familiar face à variação do nível de dependência no autocuidado do familiar dependente e da intensidade de cuidados	239
Figura 37. Modelo global da autoeficácia do cuidador familiar	240
Figura 38. Coeficiente de relação entre o preditor e a “autoeficácia”	241
Figura 39. Estimativa do nível de autoeficácia do cuidador familiar face à alteração da condição de saúde do familiar dependente	241

Índice de quadros

Quadro 1. Atividades desenvolvidas pelo cuidador familiar e dimensões das competências para o exercício do papel	97
Quadro 2. Dados relativos ao recenseamento das famílias clássicas do concelho do Porto (Censos 2001)	109
Quadro 3. Estimativa do número de famílias que, em 2011, integram pelo menos um membro dependente no autocuidado	153
Quadro 4. Proporção, estimada para 2011, das famílias que integram, pelo menos, um membro dependente no autocuidado, por zona geográfica do Porto	154
Quadro 5. Número estimado de famílias que integram um “dependente-acamado” no autocuidado, por freguesias do Porto	158
Quadro 6. Proporção, estimada para 2011, das famílias que integram um membro “dependente-acamado” no autocuidado, por zona geográfica do Porto	162

Índice de tabelas

Tabela 1. Diferenças, ao nível da autoeficácia, entre os cuidadores familiares do concelho de Lisboa e os do concelho do Porto _____	182
Tabela 2. Diferenças, ao nível da autoeficácia, por domínio do autocuidado, entre os cuidadores familiares do concelho de Lisboa e os do concelho do Porto _____	183
Tabela 3. Diferenças, ao nível da autoeficácia, por dimensões das competências para o exercício do papel, entre os cuidadores familiares do concelho de Lisboa e os do concelho do Porto _____	185
Tabela 4. Diferenças, ao nível da intensidade dos cuidados, entre os cuidadores familiares do concelho de Lisboa e os do concelho do Porto _____	186
Tabela 5. Diferenças, ao nível das taxas de utilização dos equipamentos necessários às diferentes atividades de autocuidado, entre os cuidadores familiares do concelho de Lisboa e os do concelho do Porto _____	188
Tabela 6. Diferenças, ao nível das razões para a não utilização dos equipamentos considerados necessários, entre os cuidadores familiares do concelho de Lisboa e os do concelho do Porto _____	190
Tabela 7. Medidas de localização nos contextos “dependência-cuidados-na-família” _____	201

Índice de gráficos

Gráfico 1. Percentagem de pessoas dependentes no autocuidado com necessidade de ajuda de outras pessoas, parcial ou total, por tipo de autocuidado _____	136
Gráfico 2. Percentagem de pessoas dependentes no autocuidado com sinais aparentes de alteração da condição de saúde ____	139
Gráfico 3. Autoeficácia do cuidador familiar, por categorias, face ao <i>score</i> global de autoeficácia _____	140
Gráfico 4. Frequência dos “cuidados diários” prestados pelo cuidador familiar à pessoa dependente no autocuidado _____	142
Gráfico 5. Frequência dos “cuidados semanais” prestados pelo cuidador familiar à pessoa dependente no autocuidado ____	143
Gráfico 6. Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários, por domínios do autocuidado, face à taxa global de utilização _____	144
Gráfico 7. Razões para a não utilização de equipamentos considerados necessários _____	146
Gráfico 8. Recursos económicos, institucionais, não profissionais e profissionais, mais utilizados _____	148

Índice geral

1. INTRODUÇÃO.....	29
1.1. Problematização.....	31
1.1.1. <i>As questões do envelhecimento</i>	<i>31</i>
1.1.2. <i>As questões das transições vivenciadas pelas pessoas dependentes e pelos cuidadores familiares..</i>	<i>34</i>
1.2. Conceitos centrais e enquadramento da problemática.....	38
1.2.1. <i>Autocuidado.....</i>	<i>38</i>
1.2.1.1. <i>Requisitos de autocuidado.....</i>	<i>40</i>
1.2.1.2. <i>Agência de autocuidado</i>	<i>41</i>
1.2.1.3. <i>Défice de autocuidado</i>	<i>42</i>
1.2.1.4. <i>Sistemas de enfermagem.....</i>	<i>42</i>
1.2.2. <i>Dependência, capacidade funcional e autonomia.....</i>	<i>43</i>
1.2.2.1. <i>Dependência</i>	<i>44</i>
1.2.2.2. <i>Capacidade funcional</i>	<i>45</i>
1.2.2.3. <i>Autonomia</i>	<i>46</i>
1.2.3. <i>Condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado</i>	<i>46</i>
1.2.3.1. <i>Monitorização da condição de saúde</i>	<i>48</i>
1.2.3.2. <i>Dependência no autocuidado e condição de saúde.....</i>	<i>49</i>
1.2.4. <i>Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado</i>	<i>51</i>
1.2.5. <i>Cuidador familiar</i>	<i>53</i>
1.2.5.1. <i>Exercício do papel</i>	<i>54</i>
1.2.5.2. <i>Necessidades face ao exercício do papel</i>	<i>55</i>
1.2.5.3. <i>Consequências do exercício do papel</i>	<i>56</i>
1.2.5.4. <i>Apoio para o exercício do papel.....</i>	<i>59</i>
1.2.6. <i>Autoeficácia do cuidador familiar</i>	<i>60</i>
1.2.6.1. <i>Controlo antecipatório dos comportamentos</i>	<i>61</i>
1.2.6.2. <i>Construção da autoeficácia.....</i>	<i>61</i>
1.2.6.3. <i>Efeitos da autoeficácia na funcionalidade humana.....</i>	<i>63</i>
1.2.6.4. <i>Efeitos da autoeficácia nos comportamentos.....</i>	<i>64</i>
1.2.6.5. <i>Efeitos da autoeficácia na saúde.....</i>	<i>66</i>
1.2.6.6. <i>Avaliação da autoeficácia.....</i>	<i>67</i>
1.2.7. <i>Equipamentos e recursos para o suporte ao autocuidado</i>	<i>68</i>
1.2.7.1. <i>Acesso aos recursos.....</i>	<i>70</i>
1.2.7.2. <i>Serviços de apoio.....</i>	<i>71</i>
1.2.7.3. <i>Recursos financeiros.....</i>	<i>73</i>
1.2.8. <i>Institucionalização de pessoas dependentes no autocuidado.....</i>	<i>74</i>
1.2.8.1. <i>Os lares residenciais</i>	<i>74</i>
1.2.8.2. <i>Rede de cuidados continuados integrados</i>	<i>76</i>
1.3. Justificação do estudo.....	79
1.4. Finalidade e objetivos do estudo	83
1.5. Visão geral da tese.....	84

2. MATERIAL E MÉTODOS.....	89
2.1. Desenho do estudo.....	89
2.1.1. Caracterização do estudo.....	90
2.1.2. Operacionalização e computação das variáveis principais.....	91
2.1.2.1. Dependência no autocuidado.....	92
2.1.2.2. Condição de saúde da pessoa dependente.....	94
2.1.2.3. Autoeficácia do cuidador familiar.....	96
2.1.2.4. Equipamentos e recursos.....	99
2.1.2.5. Perfil de cuidados prestados pelos cuidadores familiares.....	103
2.2. População e amostra.....	106
2.2.1. Características da amostra.....	107
2.2.2. Dimensão da amostra.....	108
2.2.3. Plano de amostragem.....	108
2.2.4. Seleção da amostra.....	110
2.3. Instrumentos de recolha de dados.....	111
2.3.1. Formulários.....	112
2.3.2. Pré-teste.....	115
2.4. Procedimentos de recolha de dados.....	118
2.5. Métodos de análise e tratamento dos dados.....	119
2.5.1. Preparação dos dados.....	119
2.5.2. Análise dos dados.....	120
2.6. Considerações éticas.....	123
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	129
3.1. Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado.....	129
3.1.1. Condições e circunstâncias.....	129
3.1.1.1. Das famílias.....	130
3.1.1.2. Dos alojamentos.....	131
3.1.1.3. Das pessoas dependentes no autocuidado.....	132
3.1.1.4. Dos cuidadores familiares.....	134
3.1.2. Satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa dependente.....	136
3.1.2.1. Domínios do autocuidado comprometidos.....	136
3.1.2.2. Condição de saúde da pessoa dependente.....	138
3.1.2.3. Autoeficácia do cuidador familiar.....	140
3.1.2.4. Cuidados assegurados pelo cuidador familiar.....	141
3.1.2.5. Equipamentos e recursos utilizados no autocuidado.....	144
3.1.3. Dependência no autocuidado.....	150
3.1.3.1. Dependência no autocuidado em 2011 (estimativa).....	152
3.1.3.2. Mapa da dependência no autocuidado por zonas geográficas.....	154
3.1.3.3. Mapa da dependência no autocuidado por ACES.....	156
3.1.3.4. Casos-limite na dependência no autocuidado: os “dependentes-acamados”.....	157
3.1.3.5. Mapeamento dos “dependentes-acamados” por área geográfica.....	161

3.1.4. Referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	163
3.1.5. Síntese	164
3.2. Manter na família ou institucionalizar a pessoa dependente no autocuidado	166
3.2.1. A institucionalização no concelho do Porto	167
3.2.2. A condição da pessoa dependente institucionalizada.....	167
3.2.3. As razões para a institucionalização.....	168
3.2.4. A decisão de institucionalizar.....	173
3.2.4.1. A participação do familiar dependente	173
3.2.4.2. Institucionalização: uma escolha ou o último recurso?	174
3.2.4.3. A possibilidade do retorno à família	175
3.2.4.4. No futuro, qual a preferência?	175
3.2.5. Família versus instituição: manter a dicotomia?	176
3.2.6. Síntese	178
3.3. O cuidador familiar, os cuidados e os recursos –comparação entre Lisboa e Porto	180
3.3.1. Variáveis sociodemográficas	180
3.3.2. Autoeficácia do cuidador familiar	182
3.3.2.1. A autoeficácia para os domínios do autocuidado	182
3.3.2.2. Autoeficácia nas dimensões das competências para o exercício do papel.....	185
3.3.3. Cuidados prestados ao familiar dependente.....	186
3.3.4. Recursos e equipamentos utilizados.....	187
3.3.4.1. A utilização de equipamentos no autocuidado.....	187
3.3.4.2. A necessidade de equipamentos nos diferentes domínios do autocuidado	189
3.3.4.3. As razões para a não utilização de equipamentos necessários ao autocuidado.....	190
3.3.4.4. Os recursos humanos.....	191
3.3.4.5. Os serviços.....	193
3.3.4.6. Os rendimentos	194
3.3.5. Síntese	195
3.4. Contextos “dependência-cuidados-na-família”.....	197
3.4.1. As variáveis nos contextos “dependência-cuidados-na-família”	200
3.4.2. Caracterização dos contextos “dependência-cuidados-na-família”	206
3.4.2.1. O contexto “condição de dependência – familiar dependente”.....	206
3.4.2.2. O contexto “cuidados de incentivo – cuidador familiar”.....	221
3.4.3. Modelos de comportamento das variáveis principais	231
3.4.3.1. A dependência no autocuidado	232
3.4.3.2. A condição de saúde do familiar dependente no autocuidado	235
3.4.3.3. Cuidados de incentivo	238
3.4.3.4. Autoeficácia do cuidador familiar.....	240
3.4.4. Síntese	241
4. CONCLUSÕES.....	247
5. BIBLIOGRAFIA	287

INTRODUÇÃO

1.1. Problematização

1.2. Conceitos centrais e enquadramento da problemática

1.3. Justificação do estudo

1.4. Finalidade e objetivos do estudo

1.5. Visão geral da tese

1. INTRODUÇÃO

Prestar cuidados a um familiar dependente é uma realidade de hoje e de sempre. Porém, hoje, fruto das profundas transformações da realidade social em que este fenómeno se inscreve, a situação de outrora não é mais a mesma. A realidade transformou-se em muitas das suas vertentes e, nessa transformação, transformou os homens e as suas instituições sociais, mesmo as que, como a família, lhes são mais próximas. Pese embora todas as mudanças, esta prática perdura no tempo ainda que agora com novos contornos, parte dos quais desconhecidos e, por isso, objeto do interesse e da curiosidade da comunidade científica.

A fragilidade física do ser humano não obsteu a que a evolução da espécie se transformasse no sucesso que reconhecidamente alcançou, nem, tampouco, impediu que o homem se disseminasse pelos continentes resistindo, entre muitas outras adversidades, ao frio polar ou à canícula dos trópicos.

Pese embora esta capacidade de adaptação e de resistência, as suas vulnerabilidades vêm à tona, em particular, quando as suas capacidades estão reduzidas, nomeadamente nas situações de doença que determinam algum tipo de dependência física e ou mental.

Inteligente, o homem reconheceu as suas fragilidades e, também por isso, desenvolveu culturalmente formas de organização que lhe permitem estar melhor preparado para sobreviver às contrariedades que os processos de viver lhe impõem. Encontrou resposta nos pais para a fragilidade dos filhos, como encontrou resposta nos filhos para a deterioração física e mental aquando do envelhecimento dos pais. E, encontrou, ainda, resposta na família para as fragilidades dos seus membros. Mas não só. De facto, para além dos vizinhos e amigos – disponíveis, mas leigos – desenvolveu muitas outras estruturas, como as instituições de apoio social e de saúde, que asseguram assistência diferenciada e profissional nos momentos de crise.

Se, durante séculos, foi no seio da família que o homem experienciou a doença, com o advento das grandes instituições hospitalares e com o desenvolvimento da medicina, sobretudo a partir do século XIX, novos recursos e técnicas mais evoluídas afastaram os doentes de casa para que pudessem receber, nesses novos espaços, os cuidados médicos mais diferenciados, então disponíveis. Porém, esta passagem pelo hospital não obstava a que, mais cedo ou mais tarde, acontecesse o regresso a casa e ao seio da família.

Nas últimas décadas, muito tem mudado: o conhecimento científico e técnico aumentou e especializou-se, surgiram novas profissões, diferenciou-se a assistência em saúde, aumentou a eficácia dos tratamentos, pelo que, naturalmente, aumenta a prevalência de doenças crónicas, sobrevivem mais doentes, durante mais anos, porém, com mais incapacidades e com maior nível de dependência na satisfação das necessidades individuais. Por outro lado, a população continua a envelhecer e as famílias a reduzirem a sua dimensão. Paradoxalmente, enquanto, num mundo globalizado, o ensino escolar se massifica e o acesso à informação se generaliza, não deixam de surgir novos analfabetos e de se agravarem velhas assimetrias, nomeadamente, no acesso aos recursos de saúde disponíveis.

Todas estas transformações de ordem demográfica, social e assistencial, que se têm vindo a operar, desencadearam uma mudança acelerada na natureza das necessidades em saúde das famílias em geral e dos membros envolvidos no processo de prestação de cuidados, quer ao nível quantitativo (outras necessidades), quer qualitativo (outras características).

Os enfermeiros – atualmente empenhados na construção de um corpo de conhecimentos próprio que sustente a afirmação da enfermagem como disciplina e crie condições para uma prática autónoma e diferenciada, capaz de dar resposta efetiva às necessidades em cuidados de saúde dos cidadãos – são parte muito interessada no conhecimento das novas necessidades em cuidados de saúde. Este interesse é um elemento crucial para que o processo de procura contínua de novas fronteiras e de permanente redefinição dos limites da enfermagem, como disciplina e como profissão, ou seja, como domínio próprio do conhecimento, tenha condições para prosseguir. Aliás, na linha de Afaf Meleis que, já em 1991, preconizava que a enfermagem se organizasse em torno de um domínio do conhecimento, enquanto território com fronteiras teóricas e prática. Conceção em torno da qual se uniram muitos enfermeiros e apresentada, entre outros, por Amendoeira (2004) como critério para o reconhecimento da enfermagem como disciplina.

Apesar de a assistência a um familiar dependente estar inscrita na matriz do ser humano e de se tratar de uma prática de cuidado há muito conhecida dos enfermeiros, as transformações que se têm vindo a operar neste domínio justificam um novo olhar. É que as mudanças da realidade, em domínios que são sensíveis à intervenção dos enfermeiros, constituirão sempre uma oportunidade de construir e de representar conhecimento capaz de contribuir para o desenvolvimento de novos modelos de exercício profissional da enfermagem.

A prestação de cuidados a um familiar dependente pode ser apreciada em diferentes planos e em distintas perspetivas, o que tem acontecido em múltiplos estudos produzidos pela comunidade científica. Porém, verifica-se que o estudo do binómio prestador de cuidados – recetor de cuidados tem sido centrado mais nos elementos que o compõem e nas relações destes com o

contexto familiar e comunitário em que se insere, sendo ainda escassos os estudos que procuram uma visão mais global e integradora do fenómeno.

Porque se admite que importa conhecer esta realidade, realizou-se o presente estudo, integrando-o num contexto social e demográfico que é relevante, na convicção que os seus resultados poderão constituir um contributo para o enriquecimento do conhecimento disciplinar e para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

1.1. Problematização

Como antes se referiu, a prestação de cuidados a um familiar dependente no seio da família, longe de ser uma realidade clara e linear, apresenta-se como uma situação problemática. Na medida das circunstâncias concretas de cada época, sempre o terá sido. Porém, hoje, aparentemente, o problema assume uma maior acuidade, constituindo o que se poderá considerar um risco social, de que cada vez mais pessoas vão ganhando consciência. Para isto, muito tem contribuído o que, genericamente, se poderá enquadrar como envelhecimento.

1.1.1. As questões do envelhecimento

Pese embora nem todas as pessoas dependentes no autocuidado, menos ainda os cuidadores familiares, sejam velhas, há, no que importa para esta problemática, duas realidades incontornáveis e intimamente associadas. Uma já há muito conhecida; outra, nova e mais recente, com efeitos e consequências ainda pouco conhecidos. Na verdade, se é sabido que a ocorrência e o nível de dependência no autocuidado aumentam com a idade, já o impacto que o aumento continuado do número de velhos tem nas famílias e nas relações de cuidados está longe de constituir um conhecimento seguro.

Processo de envelhecimento

Envelhecer está inscrito na matriz da vida. Numa lógica estritamente biológica, ao crescimento, segue-se a maturidade e, a esta, o declínio. Esta é uma realidade que, por agora, nenhum conhecimento científico, nenhum avanço tecnológico, conseguiu superar.

Por isso, e apesar de diferenças individuais inegáveis, a partir de determinado momento da vida, a biologia da espécie vai, de forma sequencial e irreversível, impondo a sua lei e as respetivas manifestações dessa deterioração vão aparecendo, tornando o organismo menos capaz de responder eficazmente à adversidade do meio em que se integra, logo, mais frágil e mais exposto, até à morte.

Conquanto, muitas destas situações poderão ser adiadas, outras minimizadas, mas nunca totalmente evitadas. Por outro lado, qualquer uma delas, só por si, mas mais ainda quando associada a outras, determina limitações à pessoa, nomeadamente ao nível do autocuidado, que a colocam perante quadros, mais ou menos severos, de dependência de equipamentos e/ou de pessoas.

À medida que a idade avança, o quadro de deterioração tende a agravar-se, aumentando, entre os que permanecem autónomos na satisfação das respetivas necessidades, a probabilidade de ocorrerem fenómenos de dependência no autocuidado; outrossim, tende a aumentar a severidade dos quadros de dependência já instalados. Porém, nem as doenças, nem as incapacidades, nem a dependência no autocuidado, podem ser tidas como consequências inevitáveis do envelhecimento.

Na realidade, em nenhum caso, este processo de envelhecer pode ser tido como uma patologia ou enfermidade, que, de facto, não é. Não se estranha, por isso, que, no âmbito do que se tem denominado envelhecimento ativo, sejam, hoje, evidentes preocupações com os determinantes para o envelhecimento saudável. Entre estas, estão, quer a criação de melhores condições no ambiente externo (de que a multiplicação de cidades amigas dos idosos é um exemplo), quer os comportamentos individuais (como a adoção de hábitos de vida saudável), que permitam ao indivíduo viver melhor o seu processo de envelhecimento natural.

Não obstante o mérito e a bondade destas medidas, elas não podem escamotear uma realidade também presente – e não necessariamente associada a um quadro patológico: são muitos os idosos com dependência no autocuidado. Para estes, o envelhecimento ativo é uma quimera, por isso, importará não ignorar que, no respeito da dignidade que lhes é própria e do direito à saúde que lhes assiste, não poderão ser excluídos da agenda da opinião pública, menos ainda ignorados na definição das políticas públicas. Se constitui um erro considerar o envelhecimento uma patologia, é igualmente errado admitir que todas as suas manifestações são enquadráveis no âmbito do processo natural de envelhecer.

Envelhecimento demográfico

Acontece que estes casos individuais (“de envelhecer”) se têm vindo a multiplicar. Há cada vez mais velhos e os velhos tendem a ser mais velhos. Há um envelhecimento da população. Este fenómeno, com início nas últimas décadas do século passado, resulta de um lento, mas continuado, processo de transição demográfica que está a ocorrer nos países ocidentais, com particular acuidade em Portugal. Traduz-se numa evolução de alguns indicadores demográficos/saúde, nomeadamente a queda das taxas da natalidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Mais velhos, porque a percentagem dos que têm mais de 65 anos tem vindo a aumentar, e assim continuará, já que, ao mesmo tempo, os mais novos vão sendo

cada vez menos. Mais velhos porque as pessoas vivem mais anos, atingindo, muitos, idades que outrora eram raras exceções.

Este envelhecimento demográfico traduz-se num aumento do índice de envelhecimento que passou de 27,3 idosos por 100 jovens, em 1960, para 127,8 idosos por 100 jovens em 2011 (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2012a). Ou seja, em meio século aumentou quase cinco vezes, estimando-se que em 2050 possa atingir os 243 idosos por 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística, 2005). Por outro lado, verifica-se um decréscimo da população jovem (0-14 anos), que passou de 29,16% do total de população residente, em 1960, para 14,89%, em 2011 (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2012b).

Note-se, ainda, o aumento das pessoas com mais de 65 anos que, em 1960, representavam 7,97% da população residente e, em 2011, já representavam 19,03%, o que corresponde a um aumento de 138,77% em apenas cinco décadas (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2012b). Acresce, que se prevê que o número de pessoas que integram este grupo etário volte a duplicar até 2050 (Instituto Nacional de Estatística, 2005).

No que respeita à população mais idosa, três indicadores convergem no mesmo sentido. Por um lado, o grupo etário “75 ou mais anos” triplicou em cinquenta anos, passando de 2,68% do total da população residente, em 1960, para 9,11%, em 2011 (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2012c). Também o índice de longevidade (número de indivíduos com 75 anos e mais no total da população idosa) passou de 33,6, em 1960 (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2012a), para 48,7 em 2012 (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013c). Já em relação à população *mais idosa* (80 ou mais anos), os dados referentes aos anos disponíveis (1971-2012) mostram também um aumento da população residente que se enquadra neste grupo etário (de 1,43% em 1971 passou para 5,23% em 2012) (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013c), sendo previsível que ultrapasse o dobro da atual até 2050 o que reflete *um crescimento mais significativo do que qualquer outro grupo etário* (Instituto Nacional de Estatística, 2005).

O impacto do envelhecimento da população nas mais variadas dimensões da realidade constitui, de facto, uma emergência social, com o qual os profissionais da saúde, em particular os enfermeiros, estão particularmente comprometidos. A estes profissionais é exigido, não só que se empenhem na promoção de um envelhecimento ativo e saudável mas que, de igual modo, previnam as complicações decorrentes das situações clínicas (nomeadamente, das doenças crónicas) e que minimizem as respetivas consequências quando aquelas surgem.

Nestas circunstâncias, em que o envelhecimento surge como um fator determinante na evolução para a condição de dependência no autocuidado, a própria pessoa dependente, mas, sobretudo, a respetiva família, dispõem de um “tempo”, inerente aos processos de evolução gradual (mas inexistente quando a dependência no autocuidado se instala de forma súbita)

que se constitui como um valioso aliado na consciencialização da nova realidade e no processo adaptação à mesma.

1.1.2. As questões das transições vivenciadas pelas pessoas dependentes e pelos cuidadores familiares

São múltiplos os planos em que a questão da prestação de cuidados a um familiar dependente no seio da família importa aos enfermeiros. Um destes planos guarda relação com as transições que, neste contexto, a pessoa dependente e o cuidador familiar poderão vivenciar. Tendo, neste caso concreto, muitas vezes origem num evento não desejável e frequentemente imprevisto, a transição será vivenciada num clima particular de incerteza e de instabilidade, revestindo-se, por isso, de aspetos problemáticos que podem deixar o indivíduo e a família particularmente vulneráveis.

Nestas situações, em que grandes mudanças interrompem os percursos de vida do familiar dependente e do respetivo cuidador familiar, os enfermeiros estão entre os profissionais da saúde melhor posicionados, acompanhando *“as mudanças e as necessidades que as transições trazem à vida diária dos clientes e da sua família, preparam as transições eminentes e facilitam o processo de aprendizagem de novas tarefas relacionadas com as experiências de saúde e de doença”* (Meleis et al., 2000:13).

Esta posição dos enfermeiros compreende-se porque *“a enfermagem preocupa-se com o processo e as experiências do ser humano que atravessam transições em que a saúde e o bem-estar percebido são os resultados”* (Meleis & Trangenstein, 1994:257). Nas últimas três décadas, a enfermagem, como reconhecem Kralik e colaboradores (2006), não só acompanhou a evolução na compreensão do conceito de transição verificado nas ciências sociais e nas disciplinas da saúde, como contribuiu, de forma significativa, para um melhor, e mais recente, entendimento da relação dos processos de transição com a vida e a saúde.

Já em 1994, Meleis e Trangenstein defendiam que a missão da enfermagem deve ser redefinida como o processo facilitador das transições promotoras de sensações de bem-estar. A partir de então, de forma progressiva e consistente, o conceito de transição foi emergindo como um conceito central da enfermagem, passando a guardar forte relação com o atual desenvolvimento da disciplina e do exercício profissional. A disciplina de Enfermagem *“toma por objeto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos do desenvolvimento ou por eventos significativos da vida que exigem adaptação como, por exemplo, a doença”* (Paiva e Silva, 2007:14). Por seu turno, os enfermeiros no exercício profissional focalizam a sua atenção no diagnóstico das respostas humanas envolvidas nas referidas transições, concretizando, a partir daí, um processo de cuidados em parceria com a

pessoa/cliente, isto é, promovem processos de adaptação e previnem resultados indesejáveis quando os clientes experienciam tais transições (Meleis & Trangenstein, 1994).

Autores como Bridges referem que a transição é um processo linear e unidirecional que passa por três fases distintas e suficientemente separadas para poderem ser observadas: *“compostas de um fim, depois um começo e um importante vazio ou tempo de queda no meio”* (2004:17). Para Meleis, a transição é um conceito multidimensional que traduz a passagem de um estado, de uma fase da vida, condição ou *status* para outro, o que produz um desequilíbrio entre dois momentos diferidos e transforma a dimensão tempo num elemento incontornável na transição (Kralik e colaboradores, 2006).

Na revisão da literatura realizada por Kralik e colaboradores (2006), constatou-se que a transição, para a maioria dos autores, envolve as respostas das pessoas durante as mudanças que vivenciam ao longo do tempo, porém, não é uma mera mudança, mas um processo através do qual a pessoa incorpora essa mudança na sua vida. Também Bridges (2004) afirma que a transição não é mais uma palavra para dizer mudança é, antes, o processo que envolve a adaptação, ou não, à situação, de forma a incorporar a mudança na vida da pessoa. Acresce que nem todas as mudanças são transições (Kralik e colaboradores, 2006). Neste sentido, a pessoa só inicia a transição quando necessita de adaptar-se a uma nova situação ou circunstância e de integrar a mudança correspondente, na sua vida. Estes autores defendem a ideia de que há uma diferença entre mudança e transição. A mudança conota-se à situação e a transição à vivência. A mudança é externa, a transição interna. A transição não é o evento exterior ao indivíduo mas, antes, a sua reorientação interna e a redefinição do significado que esse evento tem, e que permite a incorporação de tais mudanças no seu modo de ser e estar. Neste contexto, é claramente possível que a transição possa assumir um carácter eminentemente positivo para a pessoa, uma vez que esta, ao passar pelo evento, alcança uma maior maturidade e uma melhor preparação face ao evento por que passou.

O início de uma condição de dependência no autocuidado de um membro da família pode, por si só, constituir-se como um acontecimento gerador de diferentes transições, quer da pessoa dependente, quer do cuidador familiar, quer da própria família. Na realidade, a doença, o acidente, ou qualquer quadro patológico que tenha estado na origem da condição de dependência, podem levar a pessoa dependente a vivenciar uma transição do tipo saúde/doença. Por seu turno, esta situação, em que a pessoa dependente não consegue realizar, sem ajuda, o autocuidado, leva a que um outro membro da família se encarregue da prestação dos cuidados necessários. Esta assunção do papel de cuidador familiar poderá representar, para o próprio, uma transição situacional. Já em relação à família, a nova realidade decorrente, quer da condição de dependência, quer do exercício do novo papel de cuidador familiar, determinam uma

reorganização familiar, com novas responsabilidades para os seus membros, que pode configurar uma transição do tipo organizacional.

Em qualquer caso, a prestação de cuidados a familiares dependentes pode constituir-se como uma realidade ainda mais complexa. Um dos aspetos que, desde logo, sobressai está relacionado com a possibilidade de, como reconhece Meleis e colaboradores (2000), a mesma pessoa (familiar dependente e/ou cuidador familiar) e a mesma família poderem vivenciar mais do que uma transição ao mesmo tempo. Bastará, para que tal aconteça, que coexistam múltiplos eventos relevantes. Por exemplo, se à condição de dependência no autocuidado e ao exercício do papel de cuidador estiverem associados processos de envelhecimento (da pessoa dependente e/ou do cuidador familiar), estes poderão determinar transições de desenvolvimento. De igual modo, se o cuidador familiar tiver de mudar de emprego (em razão das exigências do novo papel) isso poderá significar uma transição organizacional. Como afirmam Kralik e colaboradores (2006), referenciando Arman e Rehnsfeldt (2003), a mesma pessoa pode estar em diferentes fases do processo de transição e movimentar-se entre elas simultaneamente, enquanto incorpora vários aspetos dessa transição. Com efeito, as transições não seguem uma trajetória cronológica. Patterson (2001) e Kralik (2002) são de opinião que, por exemplo, aprender a viver com uma doença crónica é um processo intrincado que envolve um movimento em diferentes direções, com avanços e recuos.

Quer nas situações em que a pessoa tem de conviver com a sua condição de dependência no autocuidado, quer na assunção do papel de cuidador familiar, a transição corresponderá mais ao movimento de adaptação à mudança que se operou do que ao regresso ao ponto de partida. Efetivamente, a transição tem início com um fim, isto é, a pessoa poderá ter necessidade, conforme os casos, de abandonar o seu estilo de vida anterior, de assumir novos papéis, de reencontrar uma nova maneira de viver (Kralik e colaboradores, 2006). Também, Bridges (2004), no seu livro "*Transitions: Making Sense of Life's Changes*", afirma que todas as transições começam por um fim: antes de abraçar o novo, é necessário abandonar o passado. Acrescenta, ainda, que, até as mudanças positivas na vida podem revelar-se difíceis se não tiverem final apropriado, por exemplo, uma nova conceção de si mesmo.

De facto, as transições vivenciadas pela pessoa dependente e/ou cuidador familiar provocam respostas individuais que se repercutem a diferentes níveis. Os seus reflexos vão desde a própria identidade aos padrões de comportamentos, passando pela aquisição de novas capacidades, nomeadamente para a realização do autocuidado, de novas competências de prestação de cuidados para o exercício do papel de cuidador familiar, ou pela transformação das relações entre ambos e/ou com os outros membros da família. Para Zagonel (1999), há aspetos da vida de um

indivíduo que são mais afetados do que outros pela transição que ele experiencia. A extensão e a intensidade desta influência podem, igualmente, variar ao longo do tempo.

Estes processos de transição, associados à permanência no seio da família das pessoas dependentes no autocuidado, estão sujeitos a alguns condicionalismos (internos ou externos) que tanto os poderão facilitar, como inibir. Schumacher e Meleis (1994) distinguem, entre estes fatores, o significado da mudança, as expectativas, o nível de conhecimentos e de capacidades, a disponibilidade de novo conhecimento relativamente à mudança, os recursos existentes no ambiente, a capacidade para planear a mudança e o bem-estar físico e emocional. O significado que a pessoa dependente atribui à sua condição é um exemplo. De igual modo, a preparação e os conhecimentos do cuidador familiar também podem influenciar o desenrolar do processo de transição. O mesmo se verifica com o estatuto socioeconómico da família que, sendo mais elevado, pode constituir-se como um fator facilitador da transição. Para além destes fatores pessoais, os recursos institucionais (por exemplo lares residenciais ou as unidades de internamento de longa duração e manutenção da RNCCI), os recursos humanos (nomeadamente os enfermeiros) ou o acesso a equipamentos de ajuda ao autocuidado podem revelar-se decisivos na forma como a transição vai decorrer.

Para o sucesso da transição, é essencial que a pessoa tenha consciência que está a “lidar com” e a “envolver-se” numa transição (Meleis e colaboradores, 2000; Chick & Meleis, 1986). Esta tomada de consciência da condição de dependência, ou das responsabilidades inerentes ao exercício do papel é seguida do envolvimento no processo de transição, o que, por sua vez, leva ao desenvolvimento de atividades, como por exemplo a procura de informação ou suporte, o reconhecimento de novas formas de viver e de ser, a atribuição de significado ao que está a acontecer. Com efeito, o nível de consciencialização influencia o nível de envolvimento (Kralik e colaboradores, 2006). A este propósito, Zagonel refere que *“a transição será melhor sucedida ao conhecer-se: o que desencadeia a mudança; a antecipação do evento; a preparação para mover-se dentro da mudança; ou, a possibilidade de ocorrências múltiplas de transições simultaneamente”* (1999:28).

O modo como a pessoa dependente e o cuidador familiar interagem com a sua situação e com outras pessoas, bem como o seu próprio envolvimento, constituem indicadores da forma como a transição está a decorrer. A pessoa pode sentir-se situada e localizada, o que lhe permite refletir e interagir, aumentando a sua confiança para lidar com a mudança, adquirindo, simultaneamente, mestria nas novas tarefas e nas novas formas de viver, enquanto desenvolve um sentido de identidade mais flexível (Meleis e colaboradores, 2000; Kralik e colaboradores, 2006).

Deste processo poderá resultar, para a pessoa, uma transição saudável ou não saudável. Para Schumacher e Meleis (1994), a transição com sucesso é aquela em que os sentimentos de estresse

são substituídos pela sensação de bem-estar e mestria (*mastery*), ou seja, quando a pessoa integra de forma fluida o seu novo papel. A saúde pode ser considerada como *role mastery*, tal como afirma Meleis. Estes diferentes processos de transição, que poderão estar presentes nas situações em que pessoas dependentes no autocuidado estão integradas no seio da família, não só impõem a integração de novos conhecimentos ou habilidades, como traduzem uma alteração no estado de saúde que, frequentemente, exigirá uma intervenção profissional, como a que os enfermeiros estão capazes de garantir, para que a experiência resulte numa transição saudável. O domínio das questões relacionadas com os processos de transição que as pessoas e as famílias vivem é incontornável e de enorme importância para exercício profissional dos enfermeiros e, por isso, a justificar toda a atenção. É que, como recorda Meleis (2011), os enfermeiros lidam com pessoas que experienciam transições, antecipam transições ou completam transições. Na sua intervenção perante a transição do cliente, o enfermeiro deverá adotar estratégias que se inserem “na compreensão da transição a partir da perspectiva de quem a experiencia e na identificação das necessidades para o cuidado com essa abordagem” (Zagonel, 1999:28). De igual modo, Kralik e colaboradores (2006) salientam que é através da compreensão do processo das transições que os profissionais ficarão melhor equipados para ajudar os clientes ao longo do processo de transição.

Neste quadro, no qual se assume a teoria das transições como definição do objeto de estudo da disciplina de enfermagem, importa evoluir para a clarificação dos conceitos centrais desta investigação.

1.2. Conceitos centrais e enquadramento da problemática

A problematização da prestação de cuidados a um familiar dependente no seio da família exige a clarificação de alguns conceitos que orientam e delimitam o trajeto e o alcance do estudo. Entre outros, importa clarificar conceitos como o de autocuidado, dependência, cuidador familiar ou recursos do autocuidado.

1.2.1. Autocuidado

Entre os diferentes conceitos que caracterizam a enfermagem, o autocuidado tem uma centralidade única que radica na importância e na influência que teve, e continua a ter, no percurso singular do desenvolvimento da profissão e da disciplina. Na verdade, o autocuidado é, não só um dos focos de atenção de enfermagem mais sensíveis à tomada de decisão dos enfermeiros e aos cuidados de enfermagem, como um dos conceitos centrais que integram o *core* da disciplina e da profissão (Pereira, 2007). Compreende-se, por isso, que Paiva e Silva

(2007) considere ser crucial, para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem, o aumento do conhecimento disponível sobre a problemática do autocuidado e dos fenómenos que lhe estão relacionados, como assumir o papel de cuidador familiar.

Na CIPE 2.0, o autocuidado é definido como a *“atividade realizada pelo próprio para tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”* (ICN, 2011:41). Esta definição recente foi precedida por um prolongado trabalho de teorização realizado por diferentes autores, dos quais se destaca Dorothea Orem, não só pelo brilhantismo do pensamento, como pelo acolhimento e longevidade das suas ideias que ainda hoje continuam válidas e a constituírem-se como alicerce do conhecimento novo que se continua a construir. Entre 1956 a 1985, esta autora desenvolveu a teoria de enfermagem do défice do autocuidado que enquadra três teorias que se relacionam entre si: a teoria do autocuidado, a teoria do défice do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem.

Esta teoria sustenta a ideia de que as pessoas, não só podem, como devem, cuidar de si mesmas. O conjunto de atividades que o indivíduo desempenha em prol de si próprio para manter a vida, a saúde e o bem-estar, é assumido por Orem como sendo o autocuidado (Orem, 1991). Estas atividades permitem ainda ao indivíduo regular os processos de vida, manter e promover a integridade estrutural e o bom funcionamento orgânico. O autocuidado é, deste modo, uma realidade complexa, comum a todos os indivíduos. Estes vão adquirindo, ao longo da vida, os conhecimentos, as habilidades e as competências que lhes permitem ser capazes de continuar a cuidar de si próprios, ou seja, de serem agentes de autocuidado. O autocuidado é, assim, uma responsabilidade individual ligada ao quotidiano que cada indivíduo, dotado de autonomia, concretiza de forma voluntária e deliberada e que pode ser modificada em função do estado de saúde, das condições ambientais, dos efeitos dos cuidados de saúde.

Esta noção de autocuidado está ligada a uma profunda transformação do conceito de saúde que se opera em Alma Ata, sob a égide da OMS. Na medida em que a ausência de doença deixa de ser a condição necessária para ter saúde, ganham visibilidade os processos de promoção da saúde (mais centrados na qualidade de vida, ao contrário do que acontece com a tradicional prevenção das doenças), adquirindo o autocuidado um novo protagonismo e interesse. Para Petronilho, o autocuidado desempenha um importante papel na saúde das pessoas, referindo-se *“a um processo de manutenção da saúde e gestão da doença através de práticas consideradas positivas”* (2012:18).

1.2.1.1. Requisitos de autocuidado

Para que este conjunto de ações intencionais de autocuidado cumpra a sua função reguladora do funcionamento e do desenvolvimento do próprio indivíduo, ou dos seus dependentes, Orem entende que é necessário que essas ações assegurem o fornecimento de requisitos, que agrupa em três categorias. Estes requisitos de autocuidado são comuns a todos os seres humanos e estão presentes em todas as etapas da vida. São essencialmente ações desenvolvidas pelos indivíduos, ou para os indivíduos, para cuidarem de si próprios (Orem, 2001).

- Requisitos universais de autocuidado. Estão relacionados com a manutenção da vida, a estrutura e o funcionamento dos seres humanos; são comuns a todos os humanos durante as várias etapas do seu ciclo de vida, de acordo com a idade. São oito os requisitos universais:
 - Manutenção de uma quantidade suficiente de ar;
 - Manutenção de uma ingestão suficiente de água;
 - Manutenção de uma ingestão suficiente de alimentos;
 - Provisão de cuidados associados aos processos de eliminação;
 - Manutenção do equilíbrio entre atividade e descanso;
 - Preservação do equilíbrio entre solidão e interação social;
 - Prevenção de riscos à vida, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano;
 - Promoção do funcionamento e do desenvolvimento humano no seio dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal. Entendendo-se por normalidade o que é essencialmente humano e o que está de acordo com as características genéticas e constitutivas e o talento dos indivíduos (Orem, 2001);
- Requisitos para o autocuidado de desenvolvimento. Surgem associados aos processos de mudança que visam o desenvolvimento e a maturação do ser humano e que ocorrem ao nível das respetivas características estruturais, funcionais e comportamentais, e que se vão operando ao longo das diferentes etapas do ciclo de vida. Em cada uma destas etapas, há condições e circunstâncias particularmente exigentes, tais como: a carência de educação; as alterações de residência; as dificuldades de adaptação social; os problemas individuais de saúde e incapacidades; a perda de estatuto social; a perda de familiares e amigos; más condições de vida; doença terminal ou morte. Os requisitos para o autocuidado de desenvolvimento asseguram ao ser humano a adoção de comportamentos que previnem a ocorrência de efeitos nocivos do desenvolvimento ou, caso estes já tenham sobrevivido, permitem-lhes superá-los ou, pelo menos, minimizá-los. (Orem, 2001);

- Requisitos para o autocuidado nos desvios da saúde. Estão associados aos casos de doença ou lesão que afetem a estrutura, a condição ou os comportamentos, bem como, às terapêuticas exigidas para o tratamento dessas condições. São seis os requisitos nas alterações de saúde:
 - Procurar e garantir a assistência médica necessária aos estados patológicos;
 - Estar consciente e dar resposta aos efeitos das condições e estados patológicos;
 - Cumprir as prescrições diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação (incluindo a correção de deformidades e anormalidades e a compensação de incapacidades);
 - Estar consciente, dar resposta ou controlar os efeitos adversos das prescrições;
 - Alterar o autoconceito e a autoimagem, ajustando-os ao estado de saúde particular e às necessidades dele decorrente;
 - Aprender a viver com as condições e os estados patológicos, bem como, com os efeitos das intervenções que lhes estão associadas, integrando-os num estilo de vida promotor do desenvolvimento pessoal (Orem, 2001).

1.2.1.2. Agência de autocuidado

Uma outra vertente do autocuidado, que condiciona o provimento dos requisitos do autocuidado, tem a ver com a *ação em si mesmo*. Para Orem (2001:245), esta *ação de autocuidado* decorre da capacidade que a própria pessoa desenvolveu e/ou dispõe. Assim, diferentes capacidades determinam ações de autocuidado distintas. Ou, dito de outro modo, quando as capacidades se alteram, as ações de autocuidado acompanham essa mudança; de forma análoga, ações de autocuidado distintas traduzirão diferentes capacidades.

A capacidade para o autocuidado vai sendo desenvolvida através de diferentes modos espontâneos de aprender, para o que muito contribui a curiosidade intelectual, os processos de instrução, a supervisão dos outros, bem como, a experiência do próprio na realização do autocuidado (Orem, 2001). Quer a capacidade do indivíduo para as ações de autocuidado, quer o tipo e a quantidade de ações de autocuidado necessários são influenciados por fatores condicionantes básicos, ou seja, por fatores internos e externos, como a idade, as crenças, a força física, a memória, o estado de saúde, os padrões de vida, a disponibilidade de recursos, o sistema familiar de apoio, as questões sociais e ambientais.

As capacidades para o autocuidado abrangem quatro domínios principais: o cognitivo (*e.g.* conhecimentos sobre a condição de saúde ou capacidades cognitivas); o físico (*e.g.* capacidade física para realizar o autocuidado); o emocional e psicossocial (*e.g.* a motivação ou a autoeficácia); e, o comportamental (*e.g.* habilidades necessárias para realizar o autocuidado).

1.2.1.3. Déficit de autocuidado

O déficit de autocuidado tem por base a diferença entre as capacidades (e as ações) de autocuidado demonstradas e as necessidades de cuidados. Esta diferença é notória, ou seja, a pessoa está num quadro de déficit de autocuidado quando, em resultado das limitações decorrentes, por exemplo, de uma doença ou do processo de envelhecimento, as capacidades de autocuidado do indivíduo não satisfazem todos, ou alguns, dos respetivos requisitos. De facto, os défices de autocuidado podem ser completos ou parciais. Nos primeiros, não existe qualquer capacidade para satisfazer as necessidades de autocuidado. Nos défices parciais (que podem ser muito extensos ou limitados apenas à incapacidade para satisfazer um dos requisitos do autocuidado) permanece alguma capacidade para responder às necessidades de autocuidado (Orem, 1993, 1995).

Nos casos em que as necessidades de cuidado do indivíduo excedem as próprias capacidades para prover as ações de autocuidado necessárias, torna-se, muitas vezes, indispensável para manter o funcionamento e o desenvolvimento desse mesmo indivíduo, a intervenção do enfermeiro. Esta intervenção visa o diagnóstico da situação e a prescrição das intervenções que se revelem ajustadas às necessidades. Para George (2000) são cinco os tipos de atividade que os enfermeiros podem desenvolver: iniciar e manter a relação com doente; determinar qual a ajuda necessária; adequar a resposta profissional aos desejos e necessidades do doente; prescrever e dar resposta às necessidades; coordenar a integração dos cuidados na vida diária do doente.

1.2.1.4. Sistemas de enfermagem

A estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem no autocuidado são estabelecidos por Orem na Teoria dos sistemas de enfermagem (Orem, 2001). Na resposta às necessidades de autocuidado, os enfermeiros articulam-se com os clientes para satisfazer os requisitos de autocuidado, o que não obsta a que, enquanto profissionais, assumam a responsabilidade pela conceção, execução e avaliação desses cuidados. Orem (2001) reconhece três sistemas de enfermagem na resposta às necessidades ao nível do autocuidado:

- Totalmente compensatório. Situações em que a pessoa está incapaz de participar nas atividades de autocuidado, dependendo, para a sua sobrevivência de outras pessoas. Incluem os casos de indivíduos que não têm qualquer capacidade para agir (e.g. pessoas em coma), ou que, mesmo estando conscientes, não conseguem realizar ações que exijam a deambulação ou movimentos de manipulação (e.g. tetraplégicos), ou ainda que, apesar de deambularem, não conseguem assegurar as próprias necessidades e tomar decisões sobre o autocuidado;

- Parcialmente compensatório. Situações em que tanto o enfermeiro como o indivíduo realizam ações dirigidas ao autocuidado deste, compensando as limitações apresentadas, nomeadamente as que envolvem atividades de manipulação e deambulação. As responsabilidades que cabem ao enfermeiro ou ao indivíduo na realização do autocuidado variam em função das limitações decorrentes da condição de saúde/tratamento, das competências e dos conhecimentos necessários e da vontade do doente em realizar/aprender as ações de autocuidado essenciais.
- Apoio – educação. Situações em que o doente está apto e pode realizar as ações de autocuidado ou deve aprender a realizá-las, porém não as pode levar a cabo sem a assistência dos enfermeiros.

Neste quadro, promover o autocuidado torna-se num caminho essencial para que a pessoa, assumindo-se como sujeito da sua própria ação, alcance o bem-estar e concretize o seu potencial de desenvolvimento. Paralelamente, e porque exige sempre um certo nível de conhecimentos e competências, assume-se como uma orientação estratégia para que os enfermeiros se constituam como um contributo efetivo para a saúde das pessoas, individual ou coletivamente consideradas.

1.2.2. Dependência, capacidade funcional e autonomia

Quando a pessoa não tem capacidade para responder às suas necessidades em autocuidado e, por isso, está “*dependente de alguém ou de alguma coisa, para ajuda e apoio*” (ICN, 2006:107), estamos perante um quadro de dependência no autocuidado. O substantivo capacidade adquire diferentes significados em função do contexto em que é utilizado, mas que, neste âmbito, guarda relação com aptidão, faculdade, competência para a pessoa desenvolver uma ou várias atividades. Não obstante as pessoas poderem não ter capacidade (total ou parcial) para realizar algumas atividades, podem ser perfeitamente capazes de desenvolver muitas outras. Deste modo, o nível de dependência decorre, em larga medida, do grau e do tipo de incapacidade.

A dependência não está necessariamente circunscrita ao autocuidado, mas é neste domínio que ganha particular relevância para os indivíduos e é particularmente sensível para os enfermeiros.

Na origem deste estado, tanto podem estar situações de instalação súbita (*e.g.* acidentes) como situações de evolução lenta e insidiosa (*e.g.* doenças degenerativas ou processos de envelhecimento). Depreende-se, assim, que as situações de dependência no autocuidado podem atingir pessoas em diferentes idades e durante períodos mais ou menos longos.

A mudança de uma condição de independência para um quadro de dependência (de pessoas ou equipamentos) no autocuidado desafia a pessoa dependente a viver uma transição, reconfigurando os respetivos projetos de vida e de saúde, o que se traduz num vasto conjunto de mudanças significativas nas atividades de autocuidado.

Muitas destas pessoas, ultrapassada a fase aguda vivida no hospital, regressam a casa ainda com níveis elevados de dependência no autocuidado. Por razões que geralmente têm a ver com uma deficiente assistência em casa, estes doentes, particularmente os idosos, *“têm um alto risco de deterioração do seu estado físico no período pós-alta hospitalar, sofrendo de frequentes readmissões precoces”* (McAleese & Odling-Smee 1994, citado por Shyu, 2000:619b).

A avaliação da capacidade para o autocuidado (identificação das limitações e/ou habilidades para o autocuidado) surge, assim, como uma exigência para a tomada de decisão em enfermagem, constituindo, na opinião de Orem, o primeiro passo na operacionalização do processo de enfermagem.

As pessoas doentes não são apenas um desafio para os enfermeiros, são, de igual modo, uma crise para o próprio indivíduo e para a família. Como referem Bocchi e Angelo, *“uma deficiência é uma condição que requer períodos longos de supervisão, observação e cuidado. Por causa das necessidades em longo prazo, a pessoa deficiente, frequentemente, depende de seus familiares para o cuidado físico, contactos sociais, apoio emocional e ajuda financeira”* (2008:16). É neste quadro que se inscreve, quer a intervenção profissional dos enfermeiros, quer a intervenção dos prestadores de cuidados familiares.

1.2.2.1. Dependência

O termo dependência tem diferentes aceções consoante o contexto em que é aplicado. Na saúde, traduz um estado em que a pessoa necessita de ajuda ou apoio e que, frequentemente, em razão daquele contexto, ora é utilizado como sobreponível a incapacidade, ora se opõe a independência ou a autonomia.

Para Caldas (2003), a dependência tem a ver uma ajuda indispensável para a realização dos atos básicos da vida. A dependência é um processo dinâmico, não permanente, cuja evolução pode ser modificada, reduzida ou mesmo prevenida, se houver ambiente e assistência adequados. A dependência resulta da conjugação da incapacidade com a necessidade e não apenas da incapacidade.

O decreto-lei que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados define a dependência como *“a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária”* (alínea h) do Artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

Este conceito aproxima-se do anteriormente adotado pelo Conselho da Europa (1998) que considera a dependência *“um estado em que se encontram as pessoas que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou ajuda importantes a fim de realizar os atos correntes da vida diária e, de modo particular, os referentes ao cuidado pessoal”* (Figueiredo, 2007:64).

Uma e outra definição põem em evidência, quer a existência de limitações, quer a incapacidade para cuidar de si, quer, ainda, a necessidade de assistência.

Em coerência com este entendimento, para as consequências das alterações no estado de saúde, a OMS, em 2003, desenvolveu a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde) (Figueiredo, 2007), que tipifica essas consequências:

- Défices de funcionalidade – perda ou alteração de uma estrutura ou de função anatômica, fisiológica ou psicológica;
- Restrições de atividade – limitação ou perda de capacidade para realizar as atividades normais a um indivíduo, como consequência de um déficit de funcionamento;
- Restrições da participação – desequilíbrio entre as limitações ocorridas (por déficit de funcionamento e/ou restrição da atividade) e os recursos a que o indivíduo tem acesso. Este desfasamento deixa o indivíduo em desvantagem no desempenho de um papel social.

Em qualquer caso, apesar de alguma similitude, o conceito de incapacidade não é sobreponível ao de dependência. Enquanto o primeiro se refere à consequência de défices ou de limitações, a dependência surge como o resultado de um processo que decorre daquela incapacidade e que o indivíduo não consegue, por si só, compensar.

1.2.2.2. Capacidade funcional

Neste contexto, surge, frequentemente, o conceito de capacidade funcional. Enquanto para autores como Rebelatto e Morelli, 2004 (citados por Araújo e colaboradores, 2007) guarda relação com a autonomia da pessoa para a realização das tarefas quotidianas de vida, outros como Fiedler e Peres (2008) entendem-na sobretudo como o potencial para decidir, de forma independente, no referido quotidiano. Botelho (2005:113), citando Bowling (1997) e Katz e colaboradores (1963), considera que a autonomia funcional está relacionada com o que o indivíduo realiza quotidianamente, com os meios que tem ao dispor. Deste modo, para estes autores, a capacidade funcional pode variar em razão do grau de autossuficiência que o indivíduo apresenta nesse desempenho. Pode oscilar entre a independência (quando não há qualquer dependência ou quando as limitações existentes são ultrapassadas apenas com recurso à utilização de auxiliares mecânicos) e a dependência (quando há a necessidade de ajuda regular de outras pessoas, na execução de, pelo menos, uma das atividades).

1.2.2.3. Autonomia

A estes conceitos aparece ainda ligado o de autonomia. Na CIPE®, a autonomia é considerada um “direito do cliente que se caracteriza por um status de autogovernança e auto-orientação” (ICN, 2011:41). Ser autónomo significa, assim, não só, ser independente dos outros mas, também, agir de acordo com os seus próprios valores e padrões. Por isso, diferentes autores associam à autonomia, a liberdade, a autodeterminação, a individualidade, a independência. Outros, como Rodgers e Neville, (2007) falam de liberdade (independência de influências controladoras) e de agência (capacidade de ações intencionais), como condições essenciais à autonomia.

A capacidade de tomar decisões e a capacidade de dar execução a essas decisões, ou seja, a liberdade de escolher e a aptidão são dois polos incontornáveis da autonomia, mas não necessariamente dependentes um do outro. Com efeito, uma limitação física pode condicionar a autonomia de execução mas pode não colocar em causa a autonomia de tomar decisões. Para além destes dois polos, poderá, ainda, falar-se de um terceiro que guarda relação com a forma como cada um organiza a sua própria vida. Mars e colaboradores (2007) sintetizam este entendimento considerando que, enquanto a autonomia de decisão se refere aos objetivos de cada um, a autonomia de execução refere-se à tentativa de alcançar esses objetivos, enquanto a autonomia pessoal tem a ver com a sua efetiva realização.

1.2.3. Condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado

Apesar de a saúde constituir, ainda hoje, uma realidade complexa que se traduz num conceito fluido, são longínquos os tempos em que era tida como o oposto de doença. Nessa época, um indivíduo tinha saúde – era saudável – se não padecesse de alguma doença. À luz desse entendimento, a saúde assentava numa definição pela negativa, uma realidade sem existência própria, uma decorrência da ausência da doença (ou incapacidade/enfermidade), o que, apesar de redutor, não deixava de facilitar os processos de definição e de mensuração das variáveis epidemiológicas.

Após a Segunda Grande Guerra, ocorreu uma mudança no paradigma da atenção em saúde. A saúde começa a impor-se como realidade autónoma. Para isso, muito contribuiu o princípio inscrito na Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), subscrita, em 22 de julho de 1946, por representantes de 61 países: *“Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”*.

Este conceito incorpora novos elementos e alinha, no horizonte a ser perseguido, a ideia de perfeição e de uma saúde ótima. Apelidado por muitos como idealista, utópico, inatingível, foi

muito criticado, em particular, pela dificuldade em operacionalizar o seu conteúdo, logo de elaborar indicadores que pudessem ser úteis para o conhecimento da situação de saúde dos cidadãos e das sociedades. Almeida Filho afirma mesmo que “*talvez buscando uma terapêutica para o zeitgeist depressivo do pós-guerra, a Organização Mundial da Saúde reinventou o Nirvana e chamou-o de ‘saúde’*” (2000:5).

A partir deste conceito, nomeadamente depois da formulação de saúde, em 1974, de Marc Lalonde², foi ganhando peso e importância a ideia de que a saúde individual (e coletiva) é determinada por múltiplos fatores. Entre estes incluem-se os condicionantes biológicos (como a carga genética, a idade e o sexo), o meio físico (que inclui as condições habitacionais e respetivas acessibilidades) e, ainda, o meio socioeconómico e cultural (que traduz os níveis de educação e de emprego, as redes de solidariedade, os hábitos de vida ou a acessibilidade a cuidados e a recursos de saúde ou até a atividades culturais).

Será forçoso reconhecer que, ao descentrar-se da doença e ao colocar a saúde como um valor e um direito a que todos deveriam ter acesso, o conceito da OMS terá tido a virtude de alargar horizontes aos cidadãos e de abrir novos espaços de intervenção a outros profissionais da saúde. Por isso, também para os enfermeiros, a saúde emergiu como um conceito inultrapassável em todos os modelos teóricos que tentam contribuir para o processo de construção e de desenvolvimento da profissão e da disciplina, constituindo-se como um dos quatro conceitos meta paradigmáticos que sustentam o constructo teórico dos diferentes autores (Kérrouac e colaboradores, 1996). Muito em razão da mentalidade dominante a cada época, o conceito de saúde que é assumido vai sofrendo modificações que não deixam de influenciar os cuidados de enfermagem que se preconizam. Para os primeiros esforços de construção teórica – integrados no paradigma da categorização – a saúde ainda guarda estreita relação com a ideia de ausência de doença. Já para os autores que se integram no paradigma da integração (como Virgínia Henderson ou Dorothea Orem), a saúde e a doença são extremos de um *continuum*. Em épocas mais recentes, para autores como Madeleine Leininger ou Jean Watson – integradas no paradigma da transformação – a saúde assume-se como um valor e uma experiência pessoal, sendo a doença parte dessa vivência (Kérrouac e colaboradores, 1996).

Em diferentes realidades e contextos, foram surgindo iniciativas no sentido de se evoluir para um conceito mais dinâmico que rompesse com as visões deterministas que vinham sendo assumidas. Um conceito que encarasse a saúde individual, não como imagem complementar da doença, nem como o resultado da herança genética ou do simples produto da realidade social ou da ação política.

² Titular do Ministério da Saúde e do Bem-estar do Canadá (Scliar, 2007).

A Ordem dos Enfermeiros, à entrada do século XXI, assume que “a saúde é o estado e simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional”, acrescentando que, por força da respetiva subjetividade, “não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença” (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Este conceito, não ignorando que a saúde é um estado, reforça a ideia de que tem também uma dimensão pessoal. Cada indivíduo, em função das condições (internas e externas), define um trajeto singular de procura de bem-estar físico, mental e social, o que exige atores livres, autónomos e capazes de cuidarem de si e de se ajustarem às variações internas e externas.

Em simultâneo, reforça a ideia de que equivaler os conceitos de saúde e de doença a polos opostos de uma mesma realidade, e identificá-los com base na mesma racionalidade, é “*tão limitante para a adequada compreensão dessas duas construções discursivas e das práticas a elas relacionadas, quanto negar as estreitas relações que guardam uma com a outra na vida quotidiana*” (Ayres, 2007:45).

A saúde de cada um deixa de ser uma tarefa delegada, em que os cidadãos se “submetem” passivamente ao saber-poder dos profissionais da saúde e dos agentes políticos e se conformam com o resultado das respetivas ações. Intervir na sua saúde deve estar ao alcance de todos e constituir uma responsabilidade individual, em linha com o conceito de autocuidado, atrás discutido. Este conceito de saúde tem presente que a compreensão individual do que é a saúde tem, não só um elevado grau de subjetividade, como é culturalmente determinado. A saúde torna-se, por isso, indissociável, não só das circunstâncias em que o indivíduo se insere e das condições preexistentes, como do estilo de vida que imprime ao seu quotidiano. Realmente, o entendimento do que é ter saúde, ser saudável, varia em função dos referenciais e dos valores que, numa dada conjuntura e período histórico, prevalecem como referenciais. De algum modo, a forma e o modo como as pessoas vivenciam a sua saúde traduz o modo como elas representam o homem e o seu papel na construção da humanidade.

1.2.3.1. Monitorização da condição de saúde

Não obstante estes novos entendimentos, mantém-se a preocupação com a monitorização do estado de saúde, quer de uma coletividade, quer do indivíduo. Só que, na hora de definir os indicadores que permitam esse controlo, tendem a emergir, apenas, os indicadores epidemiológicos centrados nos processos de doença, como as tradicionais taxas de mortalidade e de morbilidade. Acontece que, no atual contexto, estes indicadores são, agora, manifestamente insuficiente, já que revelam uma parte muito parcial da realidade individual e coletiva e não traduzem fielmente o efetivo contributo dos vários profissionais da saúde. Trabalhos como o de

Pereira (2007) demonstraram com clareza que não só são possíveis, mas desejáveis, novos indicadores que permitam uma avaliação mais global da condição de saúde individual e do contributo particular dos enfermeiros, para esse estado de bem-estar.

Com efeito, a condição de saúde pode reportar-se a diferentes dimensões da realidade individual, pelo que poderá ser perspectivada de formas distintas e traduzida por uma multiplicidade de indicadores. Entre estes, nem todos têm a mesma capacidade descritiva face a uma dada realidade; uns serão mais amplos, outros mais restritos; nem todos são igualmente acessíveis. Importa, por isso, em razão da especificidade dessa realidade e do fim a que se destinam, seleccionar aqueles que, a um “custo” aceitável, sejam mais capazes de revelar as dimensões que interessam dessa realidade.

Num estudo focado na dependência no autocuidado, a condição de saúde da pessoa dependente terá de ser caracterizada a partir da centralidade que essa dependência assume no respetivo quotidiano.

Tendo este estudo uma natureza disciplinar, a condição de saúde terá necessariamente de ser avaliada na perspetiva da enfermagem, ou seja, importam mais os aspetos da saúde que guardam relação com o *core* da disciplina e a ação singular dos enfermeiros. É que, a condição de saúde pode, à luz da teoria das transições proposta por Meleis e colaboradores (2000), ser um indicador dos comportamentos individuais de saúde, na medida em que traduz o “padrão de resposta” da pessoa dependente. Mas pode, também, constituir um indicador indireto do perfil e da qualidade dos cuidados assegurados, quer pelo cuidador familiar, quer pelos profissionais da saúde. Na realidade, a condição de saúde da pessoa dependente, numa perspetiva de enfermagem e no quadro dos limites que se definiram, pode inferir-se a partir de um conjunto de áreas de atenção, referentes a um painel de elementos ou dimensões da saúde (altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem) que indicam, em que medida, determinadas complicações da saúde estão a ser evitadas e/ou controladas (Pereira, 2007).

1.2.3.2. Dependência no autocuidado e condição de saúde

A dependência no autocuidado é, em si mesma, uma condicionante da saúde. E, são múltiplas as respetivas manifestações ao nível da capacidade para a realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária. Como anteriormente se referiu, a pessoa pode, por exemplo, estar dependente em um, ou mesmo em todos os domínios do autocuidado, como, num outro plano, pode estar dependente de equipamentos e/ou de pessoas. Porém, a condição de saúde individual extravasa essa visão diacrónica, podendo também ser examinada numa perspetiva sincrónica mais global, que se estenda entre as causas (condições clínicas) que a

determinaram, e que continuam presentes, e as consequências (complicações) que advieram do quadro de dependência.

No que se refere às consequências da dependência no autocuidado na saúde do próprio, mesmo num plano estritamente biofisiológico, são múltiplos os problemas e as complicações que podem advir. São relativamente comuns – e particularmente preocupantes para o próprio e para os familiares que deles cuidam, pela complexidade dos quadros que podem gerar – manifestações como a desidratação, a desnutrição, as úlceras de pressão, a rigidez articular, a obstipação, entre outras. Por isso, justifica-se agregar estes aspetos da saúde à caracterização do tipo e do nível de dependência no autocuidado.

No contexto particular deste estudo, a apreciação da condição de saúde visa a avaliação direta, nuns casos, e indireta, em outros, da qualidade do autocuidado que foi assegurado. Prescindindo-se – na dimensão: condição da saúde – da avaliação das causas e dos quadros clínicos da dependência, centra-se a mesma em algumas manifestações de aspetos passíveis de serem avaliados de forma autónoma pelos enfermeiros, sem recurso a exames complementares e a análises de produtos biológicos.

De facto, a literatura técnica associa aos quadros de dependência no autocuidado um vasto leque de problemas e de compromissos, nomeadamente ao nível dos processos corporais (ICN, 2011), pelo que a condição de saúde pode, também, referir-se a este tipo de “complicações”. Neste caso, a avaliação poderá ser realizada identificando a presença de alterações, por exemplo da integridade da pele (como úlceras de pressão), da amplitude articular (como anquiloses), ou do processo respiratório (como a presença de secreções), bem como, através do reconhecimento de valores extremos (como na perda de peso) que num e noutro caso se desviem, de forma notória, do padrão de normalidade.

Para a estruturação das dimensões a considerar, e de modo a obter uma imagem que traduza com fidelidade a condição de saúde da pessoa dependente, partiu-se do conceito de *status* da CIPE® “*condição da pessoa relativamente a outras, posição relativa de uma pessoa*” (ICN, 2011:76) e recorreu-se a algumas áreas de atenção ontológica relevante para os enfermeiros (focos) constantes da respetiva organização. Dentro destas áreas, admite-se que os aspetos seguintes, sendo passíveis de avaliação autónoma pelos enfermeiros, poderão, no seu conjunto, ser úteis e bastantes (sem serem exaustivos) para a referida monitorização da qualidade do autocuidado da pessoa dependente.

O *status* nutricional guarda relação com o padrão alimentar que, por sua vez, constitui um fator essencial ao desempenho de atividades quotidianas e à recuperação da saúde. Sinais aparentes de desnutrição, como o emagrecimento excessivo, ou dietas desequilibradas que se traduzem em

obesidade, são aspetos a considerar. Por outro lado, os sinais de desidratação podem ser um indicador de um padrão de ingestão de líquidos inadequado.

O *status* intestinal, para além da relação com o tipo de dieta e a quantidade de líquidos ingeridos, pode ser influenciado pela mobilidade. A presença de obstipação, por exemplo, traduz um compromisso/alteração do padrão de eliminação intestinal.

O *status* respiratório é também um aspeto a ter conta, nomeadamente em relação à perturbação da ventilação decorrente da quantidade de secreções que se acumulam e que se traduz por ruídos respiratórios anormais.

O status de perfusão de tecidos também releva, designadamente pelo atraso que as alterações da integridade cutânea (e.g. úlceras de pressão) podem originar na recuperação da pessoa dependente.

Outros aspetos, como a rigidez articular, pela alteração da mobilidade que determina e pela atrofia muscular que se lhe seguirá, são altamente indesejáveis e sempre limitantes na realização do autocuidado.

Mesmo a condição de higiene e asseio, apesar de não integrar nenhuma das anteriores dimensões fisiológicas, não deixa de constituir um parâmetro relevante na apreciação da importância que as pessoas atribuem ao autocuidado.

1.2.4. Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado

Apesar de todas as transformações que se operaram na realidade social a diferentes níveis, desde o individual ao cultural, passando pelo familiar e o comunitário, o certo é que *“o ciclo de vida individual acontece dentro do ciclo de vida familiar que é o contexto primário do desenvolvimento humano”* (Zagonel, 1999:25). Este entendimento está alinhado com a ideia – bem presente na definição apresentada na CIPE® 1.0 – de que a família é um todo (que pode ser visto como uma unidade) maior do que a soma dos indivíduos que a integram:

“grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composto por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo” (ICN, 2006:171).

Alguns anos mais tarde, na versão 2.0 da CIPE®, a família é enquadrada como um grupo e definida como uma *“unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de*

consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes” (ICN, 2011:115).

A família pode ter-se alterado em muitas das suas dimensões mas continua a manter as funções básicas que desde sempre a caracterizam, entre as quais se realça a de proteção e cuidado. À família é atribuída a responsabilidade de cuidar dos seus membros, tarefa relacionada com a obrigação social que cada um tem para com seus familiares. Por isso, continua a ser no seio da família que muitas pessoas dependentes continuam a encontrar a resposta de que carecem para satisfazerem as suas necessidades de autocuidado. Reeber, citado por Bocchi e Angelo (2008), salienta o papel vital da família na determinação dos resultados da reabilitação do doente.

A presença em casa de um membro da família dependente é uma situação problemática para o próprio e para a família no seu todo, com que cada um dos seus membros tem de lidar, nomeadamente aquele que assume o papel de cuidador familiar. Como referem Souza e colaboradores *“o cuidar não envolve somente o doente, mas todo o contexto que o circunda, onde surge a figura do cuidador leigo como instrumento de cuidar”* (2007:10).

Tradicionalmente, este processo de integração na família de um membro dependente e da assunção de um cuidador familiar decorria de forma quase fatalista. Após a alta hospitalar, a família recebia no seu seio, independentemente das condições disponíveis, o familiar dependente, garantindo os cuidados possíveis. Porém, fruto de todas as alterações registadas, a situação é, hoje, diferente e não comparável com a realidade existente há alguns anos atrás. Se a dependência no autocuidado é uma realidade que se mantém, ou aumentou em resultado do maior envelhecimento da população e/ou da prevalência de doenças crónicas, a capacidade de resposta das famílias não é mais a mesma. Deste lado da equação, a diminuição da dimensão das famílias, a atividade profissional dos seus membros, a perda de laços de vizinhança, a escolaridade obrigatória, têm vindo a ser apresentados como fatores que reduzem as possibilidades de recrutamento, no seio da família, dos prestadores de cuidados. Pesando para o mesmo lado, o envelhecimento dos membros da família que poderiam assumir este papel está associado a incapacidades físicas e mentais, o que condiciona e limita o exercício do papel de cuidador familiar.

A presença de eventos adversos, como a dependência de um familiar e as dificuldades que a família, no seu todo, não consegue superar, conduzem frequentemente a fenómenos de sobrecarga familiar (Bocchi, 2004), com efeitos negativos nas interações e nos padrões de relacionamento entre os membros da família. De facto, a dependência no autocuidado tem implicações no modo e nos estilos vida, tanto na dimensão individual como familiar.

Neste quadro, importa clarificar que, para a concretização deste estudo, se adotou o conceito de família clássica apresentado pelo INE. Assim, considera-se família clássica:

“o conjunto de indivíduos que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento. Considera-se também como família clássica qualquer pessoa independente que ocupa uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento. Os empregados domésticos residentes no alojamento onde prestavam serviço são integrados na respetiva família” (Censos, 2001).

A este conceito foram associados dois outros que o especificam: o de residente e o de alojamento familiar. Consideram-se residentes, logo passíveis de integrar uma família, as pessoas que independentemente de no momento da observação estarem presentes ou ausentes, aí habitam a maior parte do ano com a família. Entende-se por alojamento familiar a unidade de habitação que, pelo modo como foi construída ou está a ser utilizada, se destina a alojar, normalmente, apenas uma família (Instituto Nacional de Estatística, 2003).

Acrescente-se que, no âmbito deste estudo, entende-se por parentes próximos, as pessoas ligadas por graus de parentesco ou afim de 1.º grau da linha reta (pais e filhos) e de 2.º grau na linha colateral (irmãos), em que:

- parentesco é o vínculo que une duas pessoas, em consequência de uma delas descender da outra – linha reta ou direta – ou de ambas procederem de um progenitor comum – linha colateral (Artigo 1578.º do Código Civil); e,
- afinidade é o vínculo que liga cada um dos cônjuges aos parentes do outro (Artigo 1584.º do Código Civil).

1.2.5. Cuidador familiar

O conceito de autocuidado enquadra não só o cuidado a si próprio, como o cuidado ao outro. Com efeito, cuidar não é apenas um ato individual que cada pessoa assegura a si mesma quando adquire autonomia para tal, é, também, *“um ato de reciprocidade que tende a dar-se a qualquer pessoa que temporária ou definitivamente não tem capacidade de assumir as suas necessidades vitais e necessita de ajuda”* (Uribe, 1999:117).

Com uma pessoa dependente em casa, a família deverá encontrar, de entre os seus membros, um que assuma o papel de cuidador familiar. Na CIPE®, o membro da família prestador de cuidados é definido como o *“responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família”* (ICN, 2011:115). Nesta definição é particularmente interessante a inclusão da noção de “responsável”. Deste modo, o cuidador familiar, no exercício do respetivo papel,

alarga a sua esfera de atuação, cabendo-lhe também coordenar e providenciar os cuidados necessários às pessoas com déficit no autocuidado.

Dorothea Orem (1991), em coerência com o modelo teórico que desenvolveu, afirma que o cuidador familiar é a pessoa que proporciona cuidados diretos a outro quando as necessidades de autocuidado excedem os recursos de autocuidado necessários para suprir os défices no autocuidado.

Em torno das necessidades de autocuidado não satisfeitas pelo próprio e da ação de um familiar para as satisfazer, estabelece-se uma relação particular entre, pelo menos, dois membros da família: um que carece de cuidados e outro que lhes presta. Esta relação - que pode também ser do tipo *um para vários* ou de *vários para um* - não tem na literatura, ao contrário do que se verifica na relação entre os pais e os filhos, uma denominação que a identifique em particular.

1.2.5.1. Exercício do papel

Assumir o exercício do papel de cuidador familiar constitui, para o membro da família, uma transição com grande relevância para a enfermagem.

A partir do estudo que realizaram junto de prestadores de cuidados familiares a doentes com AVC, Brereton e Nolan (2002) identificaram quatro etapas pelas quais o membro da família passa, na assunção do papel de cuidador familiar:

- *De que se trata?* É um período caracterizado pela incerteza e pela confusão que os prestadores de cuidados experimentaram depois do AVC. Está, frequentemente, associado à procura frenética de informação que os ajude a entender melhor o que aconteceu;
- *Estou sozinho nisto.* Prevalece a sensação de isolamento que os prestadores de cuidados sentem e a relativa falta de apoio que recebem dos profissionais na procura de informação, capacidades e apoio;
- *Vamos ao trabalho.* Focaliza-se no desejo dos prestadores de cuidados se sentirem confiantes para assegurarem os cuidados necessários de forma segura e no modo como procuram desenvolver as capacidades e as competências que esses cuidados requererem;
- *E, eu?* Caracteriza-se pelo sentimento oculto dos prestadores de cuidados de que as suas próprias necessidades foram ofuscadas pelas dos sobreviventes do AVC e de que o seu conhecimento sobre o seu familiar – em que é perito – é frequentemente ignorado pelos profissionais da saúde.

Numa outra perspetiva, Shyu (2000) considera que existem diferentes padrões de procura do ponto de equilíbrio para alcançar ou preservar a estabilidade entre a prestação de cuidados e as necessidades que o cuidador familiar enfrenta, nomeadamente:

- As estratégias usadas para *manter o ponto de equilíbrio*, que incluem:
 - Alterar os horários das atividades;
 - Constituir uma equipa de trabalho;
 - Modificar o ambiente;
 - Gerir os problemas comportamentais/emocionais;
 - Integrar as atividades de autocuidado e gerir o tratamento.
- As estratégias usadas para *recuperar o ponto de equilíbrio*, que incluem:
 - Gerir os problemas comportamentais/emocionais;
 - Constituir/reconstruir uma equipa de trabalho;
 - Integrar as atividades de autocuidado;
 - Alterar os horários das atividades;
 - Gerir os tratamentos;
 - Alterar as tarefas relacionadas com o cuidado.
- As estratégias usadas para *estabilizar o ponto de equilíbrio*, que incluem:
 - Constituir/reconstruir uma equipa de trabalho;
 - Ponderar alternativas;
 - Tornar o recetor de cuidados mais colaborante;
 - Alterar os horários das atividades;
 - Gerir os problemas comportamentais/emocionais.

Prestar cuidados a um familiar dependente no autocuidado é um desafio que exige competências específicas que se vão construindo e desenvolvendo ao longo do processo experiencial vivido por cada cuidador familiar. Para a aquisição destas competências será determinante, como se apreciará mais adiante, a crença individual sobre as capacidades de desempenho, acerca de um qualquer aspeto específico e concreto relativo à prestação de cuidados – a autoeficácia (Bandura, 1989).

1.2.5.2. Necessidades face ao exercício do papel

A aquisição do papel de cuidador familiar é para Schumacher (1995) um processo de *role-making* (denominação dada por Turner, em 1962, para o processo criativo de assumir e integrar um papel). Esta conceção coloca o exercício do papel, não só numa dimensão individual e única mas, também, construtivista. Em particular para os novos prestadores de cuidados que assumem este papel pela primeira vez e na sequência de um evento imprevisto, “a responsabilidade do

cuidado no regresso a casa cria tensões e sobrecarga para os prestadores de cuidados familiares” (Shyu, 2000:619b). Brereton (1997), citado por Shyu (2000), considera, por isso, que estes prestadores estão frequentemente mal preparados para o exercício do seu papel, pelo que carecem de conhecimentos e de competências que lhes permitam prestar bons cuidados. Até integrar de uma de forma fluida este papel, o cuidador familiar faz um percurso em que procura sintonizar-se com as exigências do seu exercício. Ao longo deste percurso, as necessidades do cuidador familiar vão evoluindo à medida que vai integrando e assumindo o seu papel, num modelo que Shyu (2000) esquematiza em três momentos:

- Necessidades na fase de integrar o papel (informação de saúde, nomeadamente sobre a condição de saúde do recetor de cuidados, os sintomas ou a gestão de emergências);
- Necessidades na fase de negociar o papel (ajuda no domínio das capacidades para o autocuidado e para o controlo das emoções do recetor de cuidados);
- Necessidades na fase de assumir o papel (apesar de o cuidador familiar já se sentir confortável no exercício do papel e preparado para situações de emergência, continua a carecer de suporte emocional, bem como de algum apoio em força de trabalho, pela disponibilização de outras pessoas que possam colaborar no cuidado ao familiar).

1.2.5.3. Consequências do exercício do papel

O desempenho deste papel tem diferentes consequências, algumas delas negativas para a saúde e o bem-estar do cuidador familiar, podendo colocar este numa situação de rutura denominada de sobrecarga do prestador de cuidados (também conhecida pelo termo em inglês Burden). Para este quadro concorrem vários fatores, a seguir referidos, que, quando associados, aumentam o risco do seu aparecimento, como evidenciou Bocchi (2004) no estudo de revisão da literatura que realizou.

- O isolamento social que decorre das mudanças ao nível das relações pessoais, agora mais próximas e circunscritas às atividades domésticas (Bocchi, 2004). Serna e Souza (2006), citando Muñoz-Céspedes e colaboradores, apontam as alterações emocionais e as mudanças de personalidade do próprio recetor de cuidados como um dos fatores para a interrupção dos contactos sociais.

O papel de prestador é uma atividade quotidiana. Ekwall e colaboradores (2007) dizem que 70% dos prestadores de cuidados ajudam diariamente os seus familiares. Henwood (1998), citado por Wilson (2004), acrescenta que 70% dos cuidadores referiram que despendem, pelo menos, sete horas por dia em atividades como a gestão de medicamentos, a vigilância, o suporte emocional, o apoio nos cuidados pessoais e na mobilidade, bem como nas tarefas de casa que realizam pela ou com a pessoa a quem prestam cuidados. Esta situação pode

agravar-se, já que, muitas vezes, os outros membros da família não correspondem à colaboração que era expectável (Bocchi, 2004).

- A insatisfação conjugal relacionada com a mudança no estilo de vida, na comunicação, nas expectativas que a incapacidade/dependência de um provoca na vida de ambos. Esta situação é agravada quando o cônjuge se vê obrigado a abandonar o seu emprego para o desempenho de um papel que tende “*a gerar pouca satisfação, desencadeando sentimentos de culpa por pensarem assim*” (Bocchi, 2004, 119). O que, para a mesma autora, leva a que os prestadores tendam a um exercício de compensação, nomeadamente através da superproteção do familiar dependente.
- Os défices na saúde física e no autocuidado do cuidador, que se manifestam, respetivamente, por diferentes distúrbios funcionais, de comportamento ou do humor e por algum descuido no cuidado de si, que surgem associadas ao aumento do trabalho com atividades de cuidado ao familiar dependente. No mesmo sentido, Schumacher (1995) alude à importância que têm tido na investigação os casos de sobrecarga associados com problemas de doença mental e física, razão qual se tem verificado uma atenção particular aos seus fatores de risco. Também Souza e colaboradores referem que “*as famílias e os cuidadores sobrecarregados, stressados, ou desgastados, têm a manutenção de sua saúde ou qualidade de vida ameaçada devido à responsabilidade de cuidar, apresentando, em muitas situações, sentimentos de impotência, preocupação, cansaço e irritabilidade*” (2007:170). O facto de, como referem Souza e colaboradores, o prestador de cuidados “*apenas cuidar daquele que necessita do seu auxílio, desconsiderando a si como ser, dedicando-se, então, unicamente ao ser cuidado*” (2007:173), tende a agravar a situação vivida por aquele.
- A falta de tempo disponível para si próprio é também apontada por Serna e Souza (2006) como uma das consequências do desempenho do papel, acrescentando que são os papéis sociais menos valorizados pelo próprio os que, em primeira instância, são mais afetados.

Quando a sobrecarga começa a fazer sentir os seus efeitos, os prestadores de cuidados respondem de diferentes formas. Alguns tenderão a afastar-se do exercício do papel, porém, face à insegurança que essa possibilidade gera, não o fazem, acomodando-se ao papel de prestador, passando a conviver com perdas pessoais que vão desde a vida familiar comprometida, à degradação do estado de saúde. Esta situação é particularmente acutilante quando o prestador não vislumbra a recuperação da autonomia do recetor de cuidados (Bocchi & Angelo, 2008).

Na tentativa de se ajustarem ao papel, as mulheres recorrem a estratégias de *coping* diferentes das dos homens (Ekwall e colaboradores, 2007). Aludindo a um estudo realizado no Brasil por Scazufca e colaboradores (2002), os mesmos autores referem que as mulheres apresentam maiores níveis de sobrecarga do que os homens, acrescentando

que Collins e Jones (1997) concluíram que as mulheres têm níveis mais elevados de tensão e mais baixos de satisfação (Ekwall e colaboradores, 2007).

Outros prestadores procuram retomar o seu plano de vida, desenvolvendo estratégias com vista a libertarem-se do peso sufocante do desempenho do papel. Quando não é viável a contratação de um cuidador, procuram forçar o envolvimento de outro membro da família, propondo-se continuar a assegurar os cuidados ao familiar (Bocchi & Angelo, 2008).

A possibilidade de se chegar a um quadro de sobrecarga, associada ao exercício do papel de cuidador familiar, está particularmente presente quando não existe um apoio social efetivo (Bocchi & Angelo, 2008). Deste modo, torna-se clara a necessidade de reunir os auxílios possíveis para o exercício do papel. A busca de apoio social é precisamente, para Bocchi e Angelo, uma *“estratégia de se preservar a saúde do cuidador e o processo de reabilitação do doente”* (2008:23).

Esta situação de sobrecarga decorrente do exercício do papel, muitas vezes não identificada atempadamente, não deixará de se repercutir também sobre o estado de saúde do familiar dependente, comprometendo a sua recuperação e estando na origem de *“ações extremistas de submissão do doente a maus tratos”* (Bocchi & Angelo, 2008:17). Wilson, referindo-se a um trabalho de Sherman e Simonton (1999), acrescenta que *“prestar cuidados a um membro da família que está seriamente doente tem efeitos sérios sobre vários aspetos da vida do prestador de cuidados e sobre o funcionamento da família, e do mesmo modo que a doença progride, múltiplos aspetos da vida familiar podem entrar em rutura”* (2004:48).

Por estas razões, muitos têm sido os estudos que se ocupam do fenómeno da sobrecarga resultante do exercício do papel de cuidador familiar de um dependente. Não obstante a sobrecarga dos cuidadores informais ser relevante, interessa mais explorar aspetos que estão a montante daquele fenómeno. Neste contexto, urge, por exemplo, considerar a natureza do apoio disponível e necessário ao exercício do papel de cuidador familiar. Se se expandir o conhecimento sobre o tipo de condições que podem influenciar (facilitando ou dificultando) a assunção e o exercício do papel, pode ser-se mais efetivo na prevenção de consequências que decorrem de tomar conta de um familiar dependente, como é o caso da referida sobrecarga dos cuidadores familiares.

1.2.5.4. Apoio para o exercício do papel

Como concluíram Bocchi e Angelo no seu estudo, *“as estratégias relativas ao apoio social que preservam a saúde dos cuidadores familiares e o processo de reabilitação da pessoa dependente são aquelas que fazem o cuidador sentir-se livre para retomar o seu plano de vida, anteriormente abandonado para o exercício do papel”* (2008:22).

O apoio social é composto por uma estrutura e uma função (Bocchi & Angelo, 2008). A estrutura tem a ver a com as relações formais (enfermeiro, assistente social, médico) e informais (família, vizinhos, amigos) e o vínculo entre pessoas (variedade de relações ou papéis sociais, frequência dos contactos). A função do apoio social engloba os recursos fornecidos por outros e pode ser especificada em quatro aspetos:

- O apoio instrumental (engloba os equipamentos que respondam a necessidades materiais concretas, a ajuda para trabalhos de limpeza de casa ou preparação de refeição, os transportes ou a ajuda financeira);
- O apoio de informação centrada em conteúdos que permitam lidar eficazmente com problemas concretos. Estudos realizados no Reino Unido e apresentados por Brereton e Nolan (2002) têm realçado as dificuldades que os prestadores de cuidados experimentam para obterem a informação básica (inclusivamente antes da alta do hospital), de que resulta uma má compreensão: do que significa ser um cuidador familiar; da ajuda que está disponível; ou, até, da natureza da doença/condição de saúde do familiar;
- A interação social positiva com outras pessoas;
- O apoio emocional.

Bocchi e Angelo admitem que *“o número e a estrutura de vínculos dos indivíduos importam menos para a perceção de apoio recebido do que possuir no mínimo um vínculo que seja bastante próximo e de confiança”* (2008:17) o que, não menorizando o contributo do apoio social, não deixa de pôr em evidência a importância do cuidador familiar. Por outro lado, destaca o efeito de reforço positivo que tem o tamanho e a coesão da rede, na obtenção de mais apoio social. Ou seja, há uma tendência para agravar as assimetrias no acesso aos recursos.

Numa outra perspetiva complementar, Brereton e Nolan (2002) esclarecem que há vantagem em entender o cuidado familiar como uma experiência temporária em que as necessidades e as respostas dos serviços mudam ao longo do tempo, pelo que, em seu entender, se deverá desenvolver um leque de serviços de apoio que ajudem os prestadores de cuidados a:

- Assumir, ou decidir não assumir, o papel de cuidador familiar;
- Dar continuidade ao papel de cuidador familiar;
- Renunciar ao papel de cuidador familiar.

1.2.6. Autoeficácia do cuidador familiar

Nos últimos anos, o desenvolvimento teórico e uma vasta investigação aplicada a áreas tão diferentes como a saúde, as disfunções clínicas, a aprendizagem, a educação, o funcionamento das organizações ou mesmo os sistemas sociais e políticos, têm fornecido novas visões do papel da autoeficácia e dado particular relevo à compreensão do funcionamento e do agir humano. Porém, não se conhecem estudos que, especificamente, se centrem na autoeficácia específica percebida pelos prestadores de cuidados familiares, face ao exercício do papel. E, no entanto, dada a dificuldade de avaliar-se diretamente o cuidador familiar no exercício do papel, esta variável tem aqui um particular relevo.

A autoeficácia é apresentada como as “*crenças que as pessoas têm sobre suas capacidades e/ou o exercício de controlo que têm sobre os eventos que afetam a sua vida*” (Bandura, 1989:1175). A teoria da autoeficácia, publicada em 1977, desenvolveu-se a partir do pensamento e dos trabalhos do psicólogo canadiano Albert Bandura sobre o comportamento humano. Esta teoria é uma componente da teoria social cognitiva (TSC) na qual encontra suporte e sentido.

A TSC (que surge como alternativa às explicações behavioristas para o comportamento humano dominantes até à década de 60 do século passado) considera que o ser humano tem capacidade de, através de processos cognitivos, realizar predições quanto à ocorrência dos acontecimentos e criar mecanismos que lhe permitem exercer controlo direto sobre aqueles que afetam a sua vida quotidiana (Bandura, 1989).

Esta teoria que adota, como princípio básico fundamental, a perspetiva de agência para o autodesenvolvimento, a adaptação e a mudança (Bandura, 2005), apresenta um modelo explicativo para o comportamento humano baseado em três ordens de fatores que interagem recíproca e continuamente como determinantes interativos: a conduta do sujeito, os fatores internos e o ambiente. Nesta perspetiva, designada pelo autor de “determinismo recíproco” (Bandura, 1989), os fatores disposicionais e situacionais são considerados como causas interdependentes do comportamento. Ou seja, os determinantes internos do comportamento (cognições, crenças, expectativas, afetos, eventos biológicos...) e os determinantes externos (consequências, reforços, punições...) são parte de um sistema de influências interativas. Assim, o indivíduo está permanentemente a alterar o ambiente em que se integra (cria, modifica, destrói), tornando-se agente e sujeito dos acontecimentos que, por sua vez, determinarão o modo como pensará, as emoções que sentirá e os comportamentos que adotará. De facto, o indivíduo não consegue desligar-se do sistema pessoa-meio em que vive, do qual é produtor e produto (Bandura, 1989; Martínez & Soria, 2006; Barros & Batista-dos-Santos, 2010).

Assim, a autoeficácia é vista, no contexto da TSC, tanto numa perspetiva agêntica (mais ligada à dimensão subjetiva do indivíduo que é considerado sujeito – agente – da sua história de vida e

não apenas um produto do meio), como numa perspectiva de influência recíproca entre os fatores internos, o ambiente e o comportamento do indivíduo (Azzi & Polydoro, 2006).

No desenvolvimento humano, ser agente significa, nas palavras de Bandura, “*influenciar o próprio funcionamento e as circunstâncias de vida de modo intencional*” (2005:15). Postula ainda o autor que, nesta visão, “*as pessoas são auto-organizadas, proativas, autorreguladas e autorreflexivas, contribuindo para as circunstâncias de suas vidas, não sendo apenas produtos dessas condições*” (2005:15).

1.2.6.1. Controlo antecipatório dos comportamentos

O comportamento e a respetiva motivação são determinados pela perspectiva que o indivíduo antecipadamente tem dos acontecimentos. Este mecanismo, denominado por controlo antecipatório, agrupa três tipos de expectativas (Bandura, 1989):

- As expectativas de resultado da situação (*situation-outcome*) – centradas nas consequências determinadas pelos acontecimentos ambientais, sem intervenção pessoal;
- As expectativas de resultado da ação (*action-outcome*) – centradas nos resultados e/ou as consequências que decorram da intervenção da própria pessoa;
- Expectativas de eficácia pessoal (autoeficácia) – centradas na crença pessoal quanto às respetivas capacidades para realizar a ação específica necessária à obtenção de um determinado resultado.

Como se depreende, iniciar, persistir ou abandonar um comportamento, dependerá das expectativas de resultado e da autoeficácia. Enquanto esta se refere à convicção de que a própria pessoa consegue realizar com sucesso o comportamento necessário, as expectativas quanto ao resultado consistem na crença da pessoa de que um determinado comportamento conduzirá à obtenção de uma consequência específica; são crenças sobre a consequência de um ato (Pereira & Almeida, 2004). A autoeficácia e as expectativas de resultado, como operam em conjunto, são geralmente difíceis de distinguir na realidade, sendo que, por regra, sem expectativa de eficácia, as expectativas de resultado pouca influência terão. Na realidade, o indivíduo pode acreditar que determinada ação conduz a determinado resultado, mas, se tiver dúvidas acerca da sua capacidade para realizar essa ação, aquela crença inicial não irá influenciar o seu comportamento (Bandura, 1977).

1.2.6.2. Construção da autoeficácia

A autoeficácia é uma crença. E, as crenças estão entre as razões de primeira ordem para a ação (integram a componente atitudinal). Por isso, e na medida em que se refere às expectativas das pessoas quanto à respetiva capacidade para realizarem um comportamento específico

desejado, a autoeficácia guarda estreita relação com o modo como as pessoas sentem, pensam, motivam-se e comportam-se, ou seja, com as ações humanas e com os mecanismos de controle pessoal das mesmas.

As crenças de autoeficácia constroem-se com base nos juízos da pessoa em relação às suas competências/capacidades (Bandura, 1977, 1997) e desenvolvem-se a partir de quatro fontes de informação/influência principais, que podem atuar de forma independente ou combinada:

- Experiência direta – Tem a ver com as realizações pessoais. São particularmente importantes para a expectativa de eficácia, pois serão as realizações e os desempenhos anteriores do indivíduo que se constituirão como a maior fonte de informações sobre as suas capacidades. Os sucessos contribuem para níveis elevados de autoeficácia. Os fracassos, ao invés, comprometem a construção da autoeficácia, em particular se os acontecimentos se verificarem antes da consolidação de uma forte crença de autoeficácia;
- Experiência vicária – A observação de pessoas semelhantes, que obtêm sucesso com as ações realizadas e o esforço despendido, aumenta, nos observadores, a crença de que também eles seriam capazes de realizar com sucesso essas mesmas ações. Deste modo, a comparação social atua como um fator primário na avaliação das capacidades pessoais. A crença de autoeficácia sairá tanto mais reforçada no observador quanto maior for a identificação deste com o que lhe serve de modelo (modelagem). Modelos vistos como muito diferentes pelo observador têm neste pouco impacto ao nível da autoeficácia;
- Persuasão social – Os estímulos externos, nomeadamente através da persuasão verbal de referentes reconhecidos do indivíduo, estimulando-o sobre a capacidade para realizar determinada ação, são suscetíveis de levar a que este se aplique no sentido de ser bem-sucedido na realização dessa ação, desenvolva habilidades e aumente os níveis de autoeficácia percebida. Pajares e Olaz (2008) entendem que a persuasão positiva pode, nos sujeitos que admitem que a tarefa ultrapassa as suas habilidades e competências, desempenhar um papel importante no desenvolvimento das crenças de eficácia, encorajando-os e empoderando-os;
- Estados físicos e emocionais – Na construção da autoeficácia, o indivíduo valoriza tanto as respostas físicas como as emocionais que ocorrem aquando da realização de uma dada tarefa. Se a realização dessa tarefa determina estresse e tensão ou advêm fadiga, dores, sofrimento, isso é interpretado pelo indivíduo que a realiza como sinais de vulnerabilidade, de debilidade e indiciador de mau desempenho. De notar que, para o nível de autoeficácia, não é tanto a intensidade da reação que é determinante mas o modo como a mesma é interpretada. Por outro lado, as pessoas com níveis elevados de autoeficácia tendem a encontrar na excitação associada à realização de uma tarefa, uma fonte suplementar de energia para o respetivo desempenho, acontecendo exatamente o contrário nas pessoas

com baixa autoeficácia. Estas respostas podem interferir na percepção da competência pessoal na realização de novas tarefas similares. Minimizar o desgaste emocional melhora a autoeficácia e o desempenho (Bandura, 1994).

Pese embora a sua íntima associação às ações humanas, a autoeficácia não é um reflexo direto das competências pessoais. Pessoas objetivamente avaliadas como muito competentes na realização de uma determinada tarefa podem ter uma baixa autoeficácia. Outrossim, pessoas pouco competentes podem sentir-se muito capazes para a realização dessa mesma tarefa. Não se trata de ter ou não capacidade e competência para realizar uma dada tarefa, mas, antes, de acreditar que se é capaz de a concretizar. Pelo exposto, neste estudo, a avaliação da autoeficácia dos cuidadores familiares não traduz uma medida indireta da sua competência para tomar conta dos familiares dependentes; antes, a sua avaliação/crença de competência. Todavia, de acordo com Bandura (1989), existe uma associação positiva entre a autoeficácia (percebida) e a competência (objetiva).

Neste ponto, importa, ainda, distinguir autoeficácia (juízo sobre a capacidade pessoal) de autoestima que é um julgamento do amor-próprio/mérito pessoal, e de *locus de controlo* (interno e externo) que é a crença que os resultados são, respetivamente, causados pelo comportamento (forças internas) ou por forças externas (Bandura, 2005).

1.2.6.3. Efeitos da autoeficácia na funcionalidade humana

Em termos globais, a crença de autoeficácia influencia a funcionalidade humana (o modo como as pessoas sentem, pensam, motivam-se e comportam-se) através de processos cognitivos, motivacionais, afetivos e de tomada de decisão (Benight & Bandura, 2004):

- processos cognitivos – relacionados com a vinculação à ação por antecipação das respetivas consequências (da ação);
- processos motivacionais – relacionados com o esforço e o tempo que a pessoa despende em uma determinada atividade;
- processos afetivos – relacionados com as reações emocionais ao estresse e à ansiedade experimentadas em situações ameaçadoras;
- processos de tomada de decisão – relacionados com as escolhas das ações de acordo com aquilo que a pessoa sente ser capaz de executar com sucesso.

A autoeficácia influencia o que o indivíduo pensa ser suscetível de melhorar ou piorar, a sua funcionalidade, a motivação e a perseverança perante as adversidades, a qualidade da sua vida emocional e a vulnerabilidade ao estresse e à depressão, a resiliência às adversidades, e as oportunidades para tomar decisões importantes em determinadas fases das suas vidas. Vários

estudos (Gully e colaboradores, 2002) têm demonstrado o valor preditivo das crenças de autoeficácia, como um fator com significado na qualidade da funcionalidade humana.

Costa refere que a autoeficácia percebida influencia a aquisição de capacidades e de competências (Costa, 2003). Bandura (1994) faz notar o facto da mesma influenciar a escolha das atividades e a motivação, constituindo, assim, um contributo relevante na aquisição das estruturas do conhecimento, nas quais as competências são formadas. Os julgamentos e as avaliações sobre o que se acredita ser capaz de realizar com as competências que se possui têm uma elevada preditibilidade em relação ao sucesso na realização de tarefas comportamentais específicas. Com efeito, pessoas com competências similares para a realização de uma dada tarefa, mas com diferente autoeficácia, podem ter sucesso ou fracasso na realização dessa tarefa, consoante essa percepção é alta ou baixa (Martínez & Soria, 2006; Barros & Batista-dos-Santos, 2010).

1.2.6.4. Efeitos da autoeficácia nos comportamentos

Em termos mais específicos, também o início, a persistência ou o abandono de uma estratégia ou de um comportamento são particularmente afetados pelas crenças pessoais quanto às suas competências e quanto à probabilidade de lidar e ultrapassar as exigências ambientais (Bandura, 1989, 1992). Este autor acrescenta que, entre os mecanismos de autoinfluência, nenhum é mais central do que a autoeficácia (Bandura, 2000). Esta interferência da autoeficácia sobre as ações/comportamentos concretiza-se ao nível da construção cognitiva, pela intervenção conjunta das operações de processamento de informação e da motivação (Bandura, 1989).

Na realidade, a investigação tem demonstrado a existência de uma correlação entre as crenças de autoeficácia e as mudanças no comportamento, concluindo que esta variável é um excelente preditor do comportamento (Bandura, 1997; Pajares & Olaz, 2006). Graham & Weiner (1996) admitem que a autoeficácia é, de entre todos os constructos motivacionais, o preditor mais consistente das mudanças no comportamento, não sendo apenas uma questão de capacidade percecionada, mas de crença de que se é capaz. Outros autores reforçam a ideia, dando conta de que as crenças de eficácia pessoal funcionam como determinantes de ações, em vez de serem simples reflexos secundários delas (Bandura, 1997). Em qualquer dos casos, a mudança comportamental é facilitada pelo sentido de controlo pessoal. Quando se acredita que se pode atuar para resolver um problema, haverá maior propensão a fazê-lo e a sentir-se mais implicado numa decisão (Bandura, 1997).

Nos comportamentos, as crenças de eficácia pessoal intervêm a diferentes níveis, nomeadamente, do controlo antecipatório (Bandura, 1989), do esforço despendido, da ativação face às condições e da persistência face às dificuldades (Pereira e Almeida, 2004), dos “padrões

de reações emocionais e de pensamentos, os resultados esperados, o comportamento antecipatório e as restrições ao próprio desempenho” (Costa, 2003:42).

Bandura considera que o cenário antecipatório que as pessoas constroem antes da realização das ações é influenciado pela autoeficácia (1989). No mesmo sentido, Pereira e Almeida (2004) referem-se aos efeitos sobre os comportamentos alternativos e Costa (2003) à influência sobre o comportamento antecipatório. Em qualquer dos casos, como a pessoa, para agir, antecipa mentalmente o que pode realizar para obter os resultados desejados, o juízo de eficácia influenciará a seleção das tarefas, o nível de motivação, o esforço a fazer, o que, inevitavelmente, acabará por afetar o respetivo nível de desempenho.

Aqueles que possuem um sentido elevado de eficácia visualizam cenários de sucesso, os quais fornecem guias positivos para a realização. Os que se autoavaliam como ineficazes estão mais propensos à visualização de cenários de insucesso que prejudicam a sua realização através do acentuar dos aspetos negativos (Bandura, 1989).

As crenças de autoeficácia influenciam, ainda, o nível de motivação, o que se reflete na quantidade de esforço empregue para alcançar um objetivo e no tempo que este persistirá. Quanto mais forte a crença nas capacidades pessoais, maiores e mais longos serão os esforços (Bandura, 1989). Se a pessoa não acredita que é capaz de executar com êxito os comportamentos requeridos para produzir os efeitos desejados, terá pouco estímulo para agir.

O nível de autoeficácia também condiciona a forma como são encarados os obstáculos e as dificuldades. As pessoas com baixa autoeficácia podem sentir-se inúteis, desconfiando da sua capacidade para ultrapassar obstáculos. Estas pessoas, por não acreditarem que a sua atitude pode fazer a diferença, tendem a desistir facilmente perante qualquer obstáculo que possa surgir. As que têm elevada autoeficácia acreditam ser capazes de lidar com os diversos acontecimentos e com as adversidades que pautam as suas vidas, mantendo a ação e encarando as dificuldades como ultrapassáveis através do aperfeiçoamento das habilidades (mestria) e da perseverança (Rabelo & Cardoso, 2007). Estas pessoas com elevada autoeficácia mantêm-se focalizadas nos objetivos e encaram as dificuldades com sentido estratégico. Não atribuem as falhas e os contratempos a fatores externos. Como acreditam que podem controlar as dificuldades procuram identificar as fontes de ameaças e empenham-se, ainda mais, para as superarem.

Num plano próximo, igualmente importante para a compreensão das ações humanas, destaca-se o conceito de resiliência (usado originalmente no âmbito da física e da engenharia para referir a capacidade de um material voltar ao seu estado normal depois de ter sido sujeito a tensão). Quando aplicada aos humanos, a resiliência aparece sobretudo associada à capacidade destes recuperarem e saírem fortalecidos, após um acontecimento adverso ou traumático. Neste quadro, pode ser um fator positivo, importante para a resistência individual às adversidades, à violência,

às catástrofes, bem como, às mudanças que ocorrem no percurso da vida e que apelam à capacidade de adaptação. Bandura (1977) refere que a autoeficácia determinará o esforço que a pessoa vai colocar na atividade, a perseverança face às dificuldades, bem como a resiliência frente à adversidade.

Para Rabelo e Cardoso (2007), a autoeficácia acaba por modelar os resultados que as pessoas desejariam obter através das suas ações. De facto, a pessoa, para agir, antecipa mentalmente o que pode realizar para obter os resultados desejados, podendo o juízo de eficácia influenciar a seleção das tarefas, o nível de motivação, o esforço a fazer, o que inevitavelmente afetará o respetivo nível de desempenho. Como refere Bandura (1989), um nível de eficácia elevado favorece toda esta dimensão de construção cognitiva de ações eficazes, e a perceção de ações eficazes fortalece a crença de autoeficácia.

1.2.6.5. Efeitos da autoeficácia na saúde

A autoeficácia pode afetar a saúde de duas formas diferentes. Uma, através da realização de comportamentos que influenciam a saúde. A segunda, através do impacto na resposta fisiológica de estresse, a qual, quando ocorre com muita frequência, intensamente, ou por longos períodos de tempo, pode afetar uma vasta área de domínios da saúde (O’Leary, 1992).

A autoeficácia elevada funciona como um forte elemento contra os efeitos adversos da incapacidade, porque reforça a motivação para o lidar com os agentes de estresse com origem no ambiente social e físico. As pessoas, uma vez dotadas de habilidades e acreditando nas respetivas capacidades, são mais capazes de adotar comportamentos que promovem a saúde e de abandonar aqueles que as prejudicam e as impedem de obter melhores resultados no tratamento das incapacidades físicas (Bandura, 2004; Rabelo & Cardoso, 2007).

Num artigo de Rabelo e Cardoso (2007) sobre a autoeficácia nas doenças crónicas e incapacidade funcional na velhice, que tem por base uma análise a vários estudos relacionados com o tema, as autoras consideram que, quanto maior é o nível de autoeficácia *“menor a incapacidade funcional, mais saúde percebida, menos distress psicológico, menor o declínio em atividades básicas e instrumentais de vida diária, menos sintomas depressivos, mais ajustamento à dor, maior o esforço despendido em atividades requeridas e mais ajustamento pessoal à capacidade de mobilização de recursos pessoais de enfrentamento”* (Rabelo & Cardoso, 2007:79).

A forma como as pessoas lidam com as respetivas limitações funcionais é mais determinada pelas crenças na própria capacidade do que pelo nível atual da incapacidade física. Deste modo, devem ser realizadas reavaliações cognitivas positivas focalizadas em atividades da vida

quotidiana que sejam controláveis pela pessoa, o que ativará muitos processos adaptativos necessários ao enfrentamento de condições crônicas de saúde (Bandura, 2004; Rabelo & Cardoso, 2007).

No contexto da saúde, os profissionais podem promover nos clientes o desenvolvimento de crenças de autoeficácia mais elevadas, levando-os a acreditar que têm o poder de produzir resultados. Para o efeito, entre outros processos, poderão ajudá-los a identificar as respetivas competências e a traçar metas e objetivos, incentivando-os ao esforço e à persistência e reforçando as respostas positivas.

1.2.6.6. Avaliação da autoeficácia

A autoeficácia pode ser avaliada, porém deve ser previamente contextualizada para uma atividade ou situação específica (Bandura, 2006). Sendo a autoeficácia uma crença dinâmica, logo modificável, esta avaliação deverá reportar-se ao momento presente, ou seja, não deverá fazer referência nem ao passado, nem ao futuro.

Esta avaliação poderá ser realizada questionando os indivíduos sobre se conseguem realizar, com um determinado nível de eficácia, uma tarefa específica (as respostas poderão ser recolhidas através de respostas do tipo sim ou não) ou inquirindo-os acerca do respetivo grau de confiança no desempenho de uma determinada tarefa (usando, para o efeito, uma escala de avaliação que pode variar entre a total certeza até à total incerteza) (Lee & Bobko, 1994). Estes autores consideram que as escalas tipo *Likert* não avaliam a autoeficácia, razão pela qual não as consideraram. Mais tarde, Maurer e Pierce (1998) não só discordam dos autores anteriores, como afirmam que as escalas tipo *Likert* são as mais adequadas. Em 2000, Maurer e Andrews deram um passo para ultrapassar a controvérsia, tendo, ao comparar diferentes métodos (incluindo as escalas do tipo *Likert* e outras escalas simplificadas), concluído que os diferentes métodos de avaliação apresentam fidelidade e validade semelhantes e encontram-se fortemente relacionados.

A competência dos cuidadores familiares para o exercício do respetivo papel constituiu, desde o início, uma das dimensões centrais desta investigação. Porém, a avaliação da mestria do cuidador familiar, no desempenho desse papel, pressupunha um acompanhamento na ação, de modo a determinar se possuía os conhecimentos, as habilidades, os recursos e se desenvolvia as ações necessárias para providenciar ao familiar os cuidados que este efetivamente requeria. Acontece que este acompanhamento estaria, notoriamente, muito para além dos objetivos deste estudo. Não sendo exequível a avaliação direta da mestria dos cuidadores familiares no exercício do papel de prestador de cuidados, optou-se pela avaliação da autoeficácia enquanto “preditor” da ação de “tomar conta” e, portanto, como um indicador da mestria dos cuidadores familiares.

Neste contexto, assume particular pertinência o estudo de Schumacher e colaboradores (2000), em que as autoras apresentam nove dimensões ou processos que integram as competências necessárias ao exercício do papel de cuidador familiar e estabelecem um conjunto de indicadores que permitem avaliar o nível de desempenho na prestação de cuidados. Pela relevância na construção do instrumento de avaliação da autoeficácia (e que mais adiante se analisará), apresentam-se, desde já, as referidas dimensões das competências para o exercício do papel (Schumacher e colaboradores, 2000):

- “Monitorizar” – processo de observar a condição de saúde do familiar, detetando as mudanças que eventualmente possam ocorrer;
- “Interpretar” – processo de atribuir um sentido ao que se observa;
- “Decidir” – processo de optar por uma determinada ação tendo por base a observação e a interpretação da situação concreta;
- “Agir” – processo de concretizar as decisões e as instruções;
- “Ajustar” – processo de aperfeiçoamento gradual das ações até obter o melhor resultado;
- “Aceder a recursos” – processo de obter o que é necessário para assegurar os cuidados (inclui a informação e os equipamentos, a assistência de serviços da comunidade, a ajuda nas lides domésticas e no cuidado pessoal);
- “Providenciar cuidados” – processo de executar diretamente os cuidados ao familiar;
- “Trabalhar com a pessoa cuidada” – processo de envolvimento com o familiar, obviando a eventuais ofensas à autonomia e à personalidade (de ambos);
- “Negociar com o sistema de saúde” – processo que visa garantir, junto dos serviços de saúde, a satisfação adequada das necessidades do familiar.

Como fica evidente, um dos processos de cuidar prende-se com o acesso aos recursos necessários para assegurar os cuidados ao familiar dependente. Ora, como antes se referiu, estes recursos são uma fonte de apoio que pode condicionar a forma como os cuidadores familiares exercem o seu papel de prestadores de cuidados, bem como, a forma como o próprio dependente lida com as suas limitações no desempenho das atividades de autocuidado.

1.2.7. Equipamentos e recursos para o suporte ao autocuidado

O homem é um ser frágil e desprotegido mas, permanentemente, inconformado com essa condição. Por isso, seja para sobreviver, seja para viver melhor, materializou o conhecimento em desenvolvimento tecnológico e construiu artefactos que o auxiliam nesses desígnios. Porém, não satisfeito, criou estruturas sociais imateriais (*e.g.* instituições, serviços) que servem propósitos similares.

Numa situação em que a pessoa está mais fragilizada, como é o caso da dependência no autocuidado, ou no exercício de um papel particularmente exigente, como o de cuidar de um familiar dependente, estes atores necessitam de ter à disposição uma vasta gama de recursos – que incluem os equipamentos – que permitem, aos primeiros, colmatar algumas das suas limitações e, aos cuidadores familiares, resolver problemas práticos e/ou facilitar a realização de tarefas quotidianas, aliviando-lhes a sobrecarga de trabalho (Monteiro, 2010).

No quadro deste estudo, os recursos (e equipamentos) referem-se aos meios e aos dispositivos de suporte (ICN, 2011) que a própria pessoa dependente ou o cuidador familiar utilizam para colmatar algumas das suas limitações. Por sua vez, o conceito de suporte remete para os serviços e os meios de assistência ou de apoio mobilizados em benefício quer da pessoa dependente, quer do cuidador familiar, nas tarefas de tomar conta (Stoltz, Uden & Willman, 2004).

Na perspetiva de Meleis e colaboradores (2000), no contexto das condições externas aos clientes em transição, situam-se os recursos e os serviços de suporte que a comunidade tem disponíveis. Por outro lado, o nível de preparação e de conhecimento dos clientes acerca de tais recursos pode ser entendido como um condicionalismo do próprio cliente, com potencial de influência do curso das transições.

Tomar conta de um familiar dependente é uma realidade exigente, pelo menos ao nível dos predicados pouco habituais que reclama do cuidador familiar. Os recursos são, nestas circunstâncias, um suporte inultrapassável para a grande maioria das famílias que pretendem manter os familiares no seu seio. Com efeito, as dificuldades sentidas nesta matéria pelos cuidadores familiares e o fraco apoio recebido são apontados como razões para a institucionalização (Pimentel, 2005; Pinto e colaboradores, 2010) dos membros da família dependentes no autocuidado.

Para aqueles que intentam assegurar o cuidado ao familiar dependente no seio da família, o padrão de recursos disponíveis é, para Petronilho (2010), um fator decisivo para que a transição para o exercício do papel de cuidador familiar se processe de forma saudável. O mesmo autor refere, ainda, que a existência de suporte e de recursos disponíveis na comunidade podem prevenir situações difíceis, ou seja, situações de crise (Petronilho, 2007). Andrade (2009) acrescenta, no mesmo sentido, que as dificuldades associadas aos eventos de dependência são particularmente pautadas pela escassez de recursos na comunidade.

Como se afirmou quando se discutiu o conceito de dependência no autocuidado, esta condição encerra a utilização de equipamentos (ou pessoas). No quadro deste estudo, estão igualmente incluídos os demais recursos e equipamentos utilizados pelos prestadores de cuidados na assistência aos seus familiares dependentes no autocuidado. Para além destes, são abrangidos

pelo estudo, os serviços de apoio, bem como, outros recursos que, não sendo utilizados na prestação de cuidados, guardam relação com essa prestação.

1.2.7.1. Acesso aos recursos

Sendo os recursos/equipamentos meios necessários – quando não, indispensáveis –, tem particular pertinência a questão do acesso, seja por parte das pessoas dependentes, seja dos respetivos cuidadores familiares.

A este propósito, Ávila (2009) refere que os problemas no acesso terão origem, não só na quantidade de recursos destinados à assistência domiciliária, como também em deficiências ao nível da planificação. Acresce que, em Portugal, os serviços de apoio existentes estão mais vocacionados para os idosos e, não tanto, para os prestadores de cuidados familiares (Fonseca e colaboradores, 2010).

Uma das estratégias que os cuidadores familiares utilizam, pode passar pela aquisição de equipamentos (Pinto e colaboradores, 2010). Esta opção em particular estará sempre condicionada pelas disponibilidades económicas da família. É certo que, sobretudo para algumas famílias mais carenciadas, existem algumas alternativas de auxílio e outras vão sendo pontualmente apresentadas, tais como:

- A cedência de equipamentos, a título gracioso ou a preços simbólicos, por parte de associações de solidariedade;
- A criação de um “banco de equipamentos” para idosos em situação de dependência, que poderiam ser emprestados ou alugados a baixo custo (Lopes, 2007).

Estas soluções, não deixando de ser meritórias, enfrentam sistematicamente grandes dificuldades na resposta às necessidades sentidas. Uma vez, o âmbito de intervenção é geograficamente limitado; outras vezes, dirigem-se a grupos específicos excluindo casos similares (por exemplo só dirigidos a idosos, quando há muitas pessoas dependentes que não reúnem este requisito de idade). Acresce, ainda, que os recursos disponíveis são limitados, quer em número, quer em variedade, razão pela qual se mostram insuficientes.

Como acontece com a generalidade dos recursos e dos equipamentos que têm diferentes acessibilidades (seja por razões económicas, seja por mero desconhecimento ou por qualquer outra ordem de razão), a dimensão das diferenças no acesso não deixará de traduzir o valor social atribuído aos cuidados às pessoas dependentes. Como salienta Meleis, a valorização do cuidado manifesta-se nos recursos disponíveis para os prestadores de cuidados formais e informais (Meleis, 2005). Por exemplo, se uma sociedade não procura garantir a todos os seus cidadãos o

acesso aos recursos mínimos necessários à prestação de cuidados às pessoas dependentes, parece ficar claro que, para essa sociedade, estes cuidados não estão entre as suas prioridades.

Para além das questões específicas do acesso direto a recursos e equipamentos, já antes referidas, colocam-se ainda outras dificuldades na respetiva utilização. A utilização dos recursos não é uniforme entre todos os cuidadores. Petronilho (2007) afirma que aqueles que mobilizam mais recursos/equipamentos e que mais se empenham na sua aquisição são os que possuem mais conhecimentos/capacidades para o exercício do papel.

Um outro aspeto, particularmente relevante para a família na prestação de cuidados, tem a ver com o desconhecimento da existência de recursos e de suporte social (Figueiredo & Martins, 2009). Aqui, os défices de conhecimento dos clientes sobre as formas de acesso aos recursos e sobre a sua utilização podem constituir fatores com grande relevância. Para além disso, os aspetos relativos às condições das habitações e às formas de as melhorar podem constituir também uma dificuldade.

Assim, faz todo o sentido equacionar abordagens terapêuticas orientadas para a promoção do conhecimento, do acesso e da utilização, por parte dos clientes, dos recursos com potencial de melhorarem a respetiva condição de saúde.

1.2.7.2. Serviços de apoio

Os serviços de apoio são divididos, por vários autores, em: formais e informais. Nos primeiros, incluem-se os que são prestados no âmbito de instituições e empresas reconhecidas e certificadas para o efeito, através de profissionais habilitados e regulados. Estão incluídos neste grupo os profissionais da saúde, os assistentes sociais e outros profissionais. Os serviços informais, que abrangem familiares, amigos, vizinhos e colegas (Tsai & Wang, 2009; Pinto e colaboradores, 2010), distinguem-se dos anteriores sobretudo pela inexistência de uma relação de base profissional. De modo bem diverso, nos recursos informais, a relação alicerça-se em laços de sanguinidade, de amizade e/ou de solidariedade.

A existência de uma rede que articule os recursos disponíveis parece ser hoje uma exigência social, comumente aceite e integrada pelos cidadãos. De facto, num estudo realizado com cuidadores de pessoas idosas, a insatisfação com o apoio da rede formal e informal é apresentada como uma das principais causas de insatisfação (Cruz e colaboradores, 2010).

No caso particular dos profissionais da saúde, estão feitos muitos diagnósticos da situação, mormente no que concerne à assistência no domicílio. A este propósito Louro (2010) refere que há falta de médicos, de enfermeiros e de outros técnicos da saúde, mas há, também, dificuldades

na afetação de recursos em geral, bem como, ineficiências e insuficiências estruturais e organizacionais.

Os enfermeiros são um destes recursos profissionais com um papel relevante na assistência, quer à pessoa dependente, quer ao cuidador familiar, quer, ainda, à própria família. Por isso, estão, enquanto recurso formal, numa situação privilegiada (Petronilho, 2010), já que a sua posição lhes permite, ora apresentarem-se como recursos, ora mediarem a mobilização dos recursos disponíveis necessários às famílias. Acrescenta, ainda, Paiva e Silva (2007) que os enfermeiros têm um papel fundamental na ajuda ao utente e à família no uso de dispositivos adaptativos e auxiliares, bem como, nas respetivas técnicas especiais de utilização para o funcionamento com segurança e a um nível ótimo.

De entre as instituições da saúde, os hospitais apresentam-se como o recurso necessário em situações de urgência ou de agudização de sintomas das pessoas dependentes. Deveriam, por isso, estar posicionados no final da linha assistencial, como o reduto onde se prestam os cuidados mais diferenciados que a restante rede não pode assegurar. Contudo, por ineficiências várias a montante, o hospital surge, com regularidade, na primeira linha assistencial. O número de casos de reinternamentos múltiplos, não deixa dúvidas quanto à dimensão deste problema. De facto, num estudo realizado na área do grande Porto, em 2007, numa amostra de 15 150 pessoas com episódios de internamento hospitalar, constatou-se que, no período de um ano, 14,8% tiveram mais de um internamento e que, destas, 25,1% tiveram, no mesmo período, três ou mais internamentos (Brito, 2012).

Os hospitais desempenham, ainda, um papel relevante na transição dos novos casos de dependência no autocuidado para o domicílio. Tradicionalmente, a preparação das famílias para acolherem os familiares dependentes no seu seio (Pinto, Carranca & Brites, 2010) era realizada apenas no ambiente hospitalar. Acontece, porém, que esta preparação do regresso a casa não pode ser responsabilidade de uma única instituição. Para ser efetiva deve ocorrer antes da alta e continuar no pós-alta (Turner e colaboradores, 2010), o que coloca a questão da existência de um serviço em rede que assegure a necessária continuidade de cuidados. O apoio em rede facilita a resposta dos cuidadores aos desafios em saúde que se lhes colocam no cuidado às pessoas dependentes.

Para além desta rede assegurada pelo Estado, estão ainda implementadas no terreno outras estruturas de apoio genericamente enquadradas como de “apoio domiciliário”, mais ou menos profissionalizadas, que garantem alguns serviços. Estas estruturas estão frequentemente ligadas a entidades sem fins lucrativos como a Santa Casa da Misericórdia e são, em alguns casos, participadas pelo Estado em regime de convenção.

Para além destes apoios, as famílias com mais recursos económicos tendem a contratar pessoas a quem “delegam” parte do cuidado ao seu familiar (Fonseca e colaboradores, 2010). Dentro deste grupo estão, por exemplo, as empregadas domésticas.

Existe, ainda, uma rede social (não profissional), claramente informal, que vai desempenhando diferentes papéis, mais consoante as necessidades que vão surgindo do que numa base coerente de racionalidade e de complementaridade, que têm vindo a alterar-se com o passar dos anos. Esta rede inclui apoio das paróquias, de grupos de solidariedade e de redes de amigos. Integram esta rede que, de forma variável, tenta responder a diferentes necessidades básicas: a família; os grupos de apoio; a família alargada, os grupos de pares, os membros das igrejas e diversas confissões religiosas; as redes de partilha de interesses; os grupos ou clubes de lazer; os amigos; e, os vizinhos (Hoeman, 2000).

O apoio social constitui uma fonte de amparo e ajuda para o cuidador na prestação de cuidados à pessoa dependente (Pinto e colaboradores, 2010). Porém, como lembra Petronilho (2010), é um auxílio que, frequentemente, fica muito aquém do desejado, no que se refere ao apoio prestado ao cuidador familiar para cuidar de um dependente.

1.2.7.3. Recursos financeiros

A situação de dependência no autocuidado e de prestação de cuidados na família implicam, também, um aumento das despesas familiares (Fonseca, 2006) e, por outro lado, frequentemente, uma redução dos proveitos decorrente de alterações no emprego originadas pela necessidade de permanecer em casa (seja a pessoa dependente, seja o cuidador familiar) (Pinto e colaboradores, 2010). Como refere Fernandes (2009), é difícil, ou impossível, conciliar a prestação de cuidados com a manutenção da atividade laboral.

Por outro lado, os recursos financeiros da família irão inevitavelmente, como reconhecem Fonseca e colaboradores (2010), condicionar a forma como as pessoas dependentes irão ser cuidadas (Petronilho, 2007), nomeadamente ao nível do acesso às várias soluções disponíveis para a prestação de cuidados. Acrescentam Pinto e colaboradores (2010) que os recursos financeiros constituem-se, na verdade, como um fator relevante para manter/cuidar da pessoa dependente no domicílio.

Segundo Fonseca e colaboradores (2010), existem diversas soluções que permitem conciliar as necessidades de recursos inerentes aos diferentes níveis de dependência e a capacidade económica das famílias. Estas soluções passam pela adoção de estratégias familiares como, por exemplo, compartilhar o cuidado e as tarefas domésticas e por outras soluções legislativas como a possibilidade de horários flexíveis e a concessão de direitos similares aos que os pais possuem para o cuidado aos seus filhos.

1.2.8. Institucionalização de pessoas dependentes no autocuidado

A família é o lar de acolhimento mais comum; o espaço de conforto e de apoio onde tradicionalmente os grandes acontecimentos da vida de cada um se desenrolam.

Seja porque a família rejeita um dos seus membros, seja porque este renuncia à sua família, seja, ainda, porque se perderam os laços de parentesco que tradicionalmente caracterizavam a família, desde sempre terão existido pessoas que trilharam sozinhas parte dos caminhos da vida. A condição dessas pessoas, quando, como acontece nas situações de dependência no autocuidado, estes caminhos correspondem a períodos de maior vulnerabilidade, sempre terá tocado a sensibilidade dos homens. Por isso, a sociedade foi encontrando, à luz da mentalidade de cada época e dos recursos existentes, respostas que procuravam preservar alguma réstia de dignidade humana.

1.2.8.1. Os lares residenciais

Já na idade média, os hospícios albergavam indiferenciadamente, não só peregrinos, mas loucos, doentes, atrofiados e outros desvalidos da vida e da sorte. Neste contexto é conhecida, e reconhecida, a ação de João Semana, um português de Montemor-o-Velho, que mais tarde viria a ser santo – São João de Deus – muito por força da recolha dos necessitados com que se cruzava, dos cuidados que lhes prestava e da atenção que neles punha. Dar de comer a quem tem fome, dar de beber a quem tem sede, vestir os nus, dar pousada aos peregrinos, foi o lema que lhe conduziu a ação caritativa – única resposta, por vários séculos, da sociedade aos excluídos do seio familiar.

Com o passar dos tempos, a realidade social foi mudando. As famílias mudaram, o homem mudou, como mudou a natureza das antigas instituições de acolhimento, à medida que foram evoluindo da indiferenciação anterior para uma crescente especialização. Todavia, até ao século XIX, os velhos e as pessoas com alguma dependência, que não determinasse internamento hospitalar, e que não contavam com a solidariedade familiar, continuaram sujeitas às vicissitudes da caridade de particulares e de instituições religiosas.

Em tempos mais recentes, já depois da Segunda Grande Guerra, o Estado começou a assumir um papel mais interventivo na proteção e na segurança dos seus cidadãos. Para além da introdução dos sistemas de pensões, o Estado criou diferentes serviços e equipamento de apoio, não só à população carenciada em geral, mas muito em particular aos idosos. Como refere o criador da expressão “terceira idade”, *“com a implementação, em definitivo, do regime de pensões, formou-se um sistema de instituições e agentes cuja função específica era o tratamento dos velhos. Até então, os velhos que recebiam cuidados*

institucionais, não os recebiam em razão da idade” (Lenoir, 1979:61). Ainda para o mesmo autor, esta nova realidade vai alterar o anterior modelo de cuidados baseado numa relação direta entre os velhos e os familiares que cuidam deles substituindo-a por uma mediação anónima realizada por “*agentes treinados e especializados*” que impõem a essa relação uma lógica própria (Lenoir, 1979).

Se algumas destas novas instituições vocacionadas para o acolhimento de velhos – em particular as financiadas pelo Estado – vão continuar a acolher pessoas desamparadas (de poucos recursos e/ou sozinhas), outras – os lares residenciais³ para a terceira idade – por força das condições que oferecem e da qualificação dos que nelas trabalham, vão começar a tornar-se atrativas a outros públicos, recebendo idosos que pese embora estejam integrados na respetiva família, esta, por uma ou outra razão, deixou de ser o seu espaço de acolhimento. Em 2001, cerca de 1% da população residente em Portugal, vivia em famílias institucionais (instituições de apoio social, de saúde e prisões) o que traduz um aumento de 73,3% face a 1991. Porém, no mesmo período, o aumento deste tipo de alojamento foi de apenas 20,7%. De entre os vários tipos de instituições, as de apoio social são as que, no período intercensitário apresentaram níveis mais elevados de crescimento (Gonçalves, 2003a). Na realidade, o número de lares residenciais aumenta à medida que cresce a sua importância, não só como opção, mas como solução de recurso para o cuidado a idosos. Durante bastante tempo, os lares vão continuar a constituir-se como “*a única possibilidade de apoio formal, mesmo para aqueles que ainda teriam condições de permanecer no domicílio, necessitando apenas de apoio temporário*” (Pimentel, 2005:52).

Para o desempenho do seu papel na criação de uma rede de estruturas de apoio social, nomeadamente na cobertura do país em lares, o Estado tem delegado parte importante das suas responsabilidades, quer em IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social), quer em entidades privadas. No primeiro caso, através de acordos de convenção; no segundo caso, comparticipando as despesas com a institucionalização, a pessoas com maior carência. Esta opção, pese embora toda a fundamentação que a possa sustentar, não deixará de ter repercussões no acesso aos serviços e apoios por parte das pessoas que, por exigirem mais cuidados e consumirem mais recursos, se tornam menos atrativas.

Contudo, é forçoso igualmente reconhecer que a grande maioria destes equipamentos e programas se dirigem, em concreto, aos idosos, apesar de, alguns deles, não deixarem de servir as pessoas dependentes.

Neste quadro, o acesso aos equipamentos e aos apoios do Estado que as pessoas dependentes acabam por ter decorre, não tanto da condição de dependência no autocuidado, mas,

³ Equipamentos que se destinam a acolher pessoas com mais de 60 anos que não possam continuar a manter-se na sua própria casa. Podem fornecer alojamento, alimentação, cuidados médicos e de enfermagem e atividades recreativas (Pimentel, 2005).

sobretudo, da idade avançada que comumente essas pessoas dependentes têm. Deste modo, as pessoas dependentes, não só não dispõem de recursos sensíveis às suas necessidades, como, muitas ficam excluídas (por não preencherem os critérios) do acesso a esses equipamentos e apoios. Apesar de a Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, que define as condições de organização e funcionamento das estruturas residenciais para pessoas idosas, já incluir os “dependentes” entre os seus destinatários, continua a impor como condição geral para admissão a idade não inferior a 65 anos. Na verdade, os lares residenciais continuam vocacionados para receber velhos mas pouco seduzidos pelo cuidado a pessoas com elevados níveis de dependência no autocuidado.

Esta situação deve-se ao facto de o conceito de dependência ainda não se encontrar suficientemente operacionalizado no enquadramento legal e normativo, continuando, conforme as circunstâncias, a fazer-se valer as diferentes aceções inerentes à sua polissemia.

A par da expansão da rede de lares residenciais que passou a incluir ofertas de alta qualidade e, em alguns casos, de luxo para públicos com maior poder de compra, foram surgindo novas propostas que tentam dar uma melhor resposta às necessidades decorrentes do prolongamento do tempo de vida e do aumento do número velhos.

1.2.8.2. Rede de cuidados continuados integrados

Quando se fala de apoio de serviços e de recursos, não pode deixar de ser reconhecido o investimento que tem vindo a ser realizado nos últimos anos, em particular, pelo Estado, ou com o seu apoio, na implementação de novos tipos de equipamentos e de programas.

Em 2006, com a publicação do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, foi instituída a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede) que tem como objetivo geral, “a prestação de cuidados continuados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (n.º 1 do Artigo 4.º). Esta rede integra, entre outros serviços, unidades de internamento como: as unidades de convalescença; as unidades de média duração e reabilitação; as unidades de longa duração e manutenção; e, as unidades de cuidados paliativos.

As primeiras, vocacionadas para a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral dos casos de perda transitória da autonomia potencialmente recuperável, destinam-se a internamentos não superiores a 30 dias, para tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.

Partilhando a mesma vocação e o mesmo âmbito de intervenção das unidades de convalescença, as unidades de média duração e reabilitação destinam-se a situações de internamento com um período de duração previsível entre 30 e 90 dias consecutivos, para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial.

As unidades de longa duração e manutenção têm por objeto o internamento, de carácter temporário, superior a 90 dias, ou permanente, para a prestação de apoio social e cuidados de saúde de manutenção, em casos de doenças ou processos crónicos de pessoas que não reúnam condições de assistência no domicílio. O objetivo destas unidades é proporcionar os cuidados que permitam prevenir e retardar o agravamento da situação de dependência, promovendo o conforto e a qualidade de vida.

Com um âmbito de intervenção consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde, as unidades de cuidados paliativos visam o acompanhamento, o tratamento e a supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, resultante de doença severa ou avançada, incurável e progressiva, prestando cuidados intensivos de conforto. A sua intervenção tem como finalidade a melhoria da qualidade de vida do doente e da sua família, visando não apenas a dimensão física, mas também a psicossocial e espiritual, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto.

Apesar de ainda não terem uma implantação uniforme no país, estas unidades de internamento têm-se constituído, em diferentes fases do processo de instalação da condição de dependência, como uma importante referência na assistência às pessoas com dependência no autocuidado.

Já as unidades de ambulatório da RNCCI (unidade de dia e de promoção da autonomia), apesar de estarem previstas no referido decreto-lei, ainda não foram criadas. Se questões orçamentais e de falta de regulamentação não estivessem a inviabilizar a sua entrada em funcionamento, poderiam estar a prestar “cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatório, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio” (artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

Em relação ao apoio às famílias que integram pessoas dependentes, as unidades de cuidados na comunidade (UCC) dos ACES podem constituir as equipas de cuidados continuados integrados (ECCI) previstas no artigo 27.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Trata-se de equipas multidisciplinares, da responsabilidade partilhada das unidades cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, que asseguram a prestação de serviços domiciliários, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, a

pessoas que se encontrem dependentes, que não podem deslocar-se de forma autónoma, mas cuja situação não requer internamento.

Segundo a Entidade Reguladora da Saúde (2013), em novembro de 2010, existiam 214 unidades de internamento pertencentes à RNCCI (34 de convalescença, 69 de média duração e reabilitação, 95 de longa duração e manutenção e 16 de cuidados paliativos), com um total de 4548 camas disponíveis. Dois anos mais tarde, em agosto de 2012, o número de unidades de internamento tinha crescido 25,2% (268 unidades) e o de camas 30,1% (5916 camas). Não obstante alguma ampliação da oferta, estes números seguramente vão ficar muito longe da meta estabelecida para 2013, ou seja, 15 308 camas (que, com base nos dados populacionais do Censos 2011, deveria ser de 18 326 camas).

Esta rede é financiada, em larga medida, pelo Estado através de verbas disponibilizadas pelo Ministério da Solidariedade e Segurança Social e do Ministério da Saúde. Nos termos do artigo 47.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, os encargos decorrentes do funcionamento das unidades de convalescença e de paliativos e das equipas domiciliárias de suporte em cuidados paliativos são integralmente da responsabilidade do Ministério da Saúde. Já as unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, bem como, as equipas de cuidados continuados integrados, são da responsabilidade dos dois setores em função da natureza dos cuidados prestados. Em Portugal, são conhecidas e históricas as dificuldades de articulação, quer de políticas, quer dos serviços públicos implantados no terreno. Estando a coordenação das políticas e dos serviços dirigidos à velhice sob a alçada de um Ministério (o da solidariedade) e cabendo ao Ministério da saúde a coordenação e a gestão do SNS, será evidente a tendência, ora para olhar a dependência no autocuidado como uma mera decorrência do envelhecimento, logo sem necessidade de investimento significativo por parte do SNS, ora como uma sequela de um quadro patológico, logo à margem dos apoios sociais. Ganha assim consistência a ideia de que na organização do Estado existe um ministério de velhos para quem a dependência é uma doença e um ministério da saúde para quem a dependência é apenas um sinal da velhice.

Num modelo de gestão de recursos que está estruturado e organizado em torno de “condições”, esta ambiguidade faz com que as pessoas dependentes, os respetivos cuidadores, bem como, as famílias que os integram continuem enredados em procedimentos de acesso, quando não esquecidos nas políticas públicas, permanecendo à margem de apoios profissionais que, de facto, necessitam (mesmo quando não o reconhecem), mas que frequentemente são inacessíveis porque pura e simplesmente não existem, ou porque não estão organizados para responder a essas mesmas necessidades.

Acresce que a Rede é comparticipada pela pessoa em situação de dependência em função do seu rendimento ou do seu agregado familiar. Como reconhece a Entidade Reguladora da Saúde, apesar de os custos da prestação de cuidados de saúde serem financiados pelo Ministério da Saúde, já os custos da prestação de cuidados de apoio social são financiados, não só pelo Ministério da Solidariedade e Segurança Social, como *“pelos utentes que são encaminhados para a Rede (nomeadamente as unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção da Rede), de forma proporcional aos seus níveis de rendimentos”* (2013:54-55). Nestes termos, por exemplo, uma pessoa dependente com um rendimento *per capita* igual a €419,20 terá de contribuir, no caso de 30 dias de internamento numa unidade de média duração e reabilitação, com €209,62, ou seja 50% do seu rendimento mensal. Compreende-se, assim que a Entidade Reguladora da Saúde não exclua a existência de barreiras financeiras no acesso à Rede, acrescentando que não se pode eliminar a hipótese de *“haver constrangimentos no acesso dos utentes às unidades de internamento de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, resultantes de dificuldades financeiras para a cobertura dos respetivos encargos”* (2013:59).

1.3. Justificação do estudo

A realidade antes descrita, podendo interessar em algumas das suas dimensões a diferentes disciplinas do conhecimento, constitui para a enfermagem uma área de interesse particular e muito atual. Pese embora todos reconheçam as profundas transformações demográficas, sociais e assistenciais que se têm vindo a operar e o potencial de transfiguração da realidade que aquelas transportam, o fenómeno da prestação de cuidados a um familiar dependente permanece desconhecido na sua amplitude e ignorado em muitas das suas vertentes.

Independentemente das razões que possam estar na origem desta situação, o certo é que os casos em que um elemento da família presta cuidados a um familiar dependente são relevantes para as famílias e particularmente sensíveis à intervenção dos enfermeiros. Nesta linha, Bocchi e Angelo chegam a afirmar que, *“embora as doenças físicas possam assumir uma variedade de formas, é no âmbito familiar que cada vez mais elas serão resolvidas”*, acrescentado que, por essa razão, *“os profissionais precisam de se instrumentalizar para adquirir uma visão crítica para o oferecimento de uma assistência de qualidade”* (2008:16). Na mesma linha, Brereton e Nolan (2002) referem que os profissionais da saúde devem encorajar ativamente o estabelecimento de parcerias com os membros da família.

Pese embora o papel relevante que, admite-se, a família possa vir a ter de assumir no futuro, não se conhece o modo como, no presente, está a responder às necessidades em cuidados dos seus membros dependentes. Este conhecimento é importante pela relevância que o mesmo pode vir

a ter na compreensão da influência da família e da interação prestador de cuidado/recetor de cuidados. É que *“o grau de recuperação pode depender da habilidade familiar em oferecer apoio à pessoa com as deficiências que, frequentemente, transforma-se numa sobrecarga significativa para a família”* (Bocchi & Angelo, 2008:16).

Para além desta vertente, a dimensão real do fenómeno e a caracterização da variação entre as opções que se “colocam” à família podem vir a ter um valor indicativo relativamente à forma como as famílias tenderão a comportar-se no futuro. Deste modo, poderão ser pensadas medidas, a diferentes níveis, que permitam garantir mais bem-estar e mais saúde a todos os envolvidos no processo.

Hoje, esta realidade tende a ser entendida em diferentes planos. Se o recetor de cuidados continua a ser um cliente “natural” dos enfermeiros, o cuidador familiar tem vindo a ganhar importância pela relevância do seu papel na recuperação daquele. Brereton e Nolan (2002) referem que profissionais e prestadores de cuidados familiares têm uma agenda comum, em que ambos devem procurar providenciar o “melhor cuidado”, pelo que corroboram vários outros autores (Brown & Mulley, 1997; Li e colaboradores, 2000; Miller, 2000; Hertzberg & Ekman, 2000) na elevada importância que estes atribuem ao desenvolvimento de modelos que consubstanciem essa parceria.

Para que esta parceria entre os enfermeiros e os prestadores de cuidados familiares possa constituir-se como uma realidade quotidiana é necessário aprofundar o conhecimento formal deste fenómeno. Este conhecimento poderá, de forma mais efetiva, incluir nas políticas de saúde o binómio cuidador familiar /pessoa dependente, promovendo o acesso a programas de avaliação e à intervenção de profissionais da saúde, nomeadamente de enfermeiros.

Acontece, ainda, que o cuidador familiar, pelas dificuldades inerentes à assunção e ao desempenho do seu papel, torna-se ele mesmo no cliente primário da intervenção do enfermeiro. E, neste caso, como nos lembra Souza e colaboradores (2007), os enfermeiros podem assumir-se como uma peça-chave, particularmente bem colocada, para lhes prestarem a atenção devida.

A ênfase que vem sendo colocada na *“compreensão dos problemas que as pessoas desenvolvem à medida que se movimentam juntas através da vida”* (Zagonel, 1999:25) contrasta com a forma discreta com que o processo e as dinâmicas de interação, entre prestador e recetor de cuidados, têm sido exploradas, não obstante o potencial interesse de que se revestem.

Enquadrar a problemática na perspetiva das transições, justifica-se já que a *transição* é hoje considerada como um conceito central para a enfermagem (Meleis e colaboradores, 2000) que necessita de mais pesquisa, nomeadamente em relação às estruturas e aos processos envolvidos, à influência da idade, dos atributos e da forma como as expectativas pessoais afetam as

experiências de transição ou como as diferenças individuais são experienciadas (Kralik e colaboradores, 2006).

Por outro lado, numa prática profissional assente nas respostas humanas às transições, são necessários instrumentos e indicadores – escassos em língua portuguesa – que permitam a determinação das necessidades em cuidados de enfermagem, nomeadamente através da avaliação da eficácia dos cuidados assumidos pelo cuidador familiar.

Na prestação de cuidados a um familiar dependente estão presentes diversas transições experienciadas pelos diferentes atores da realidade que guardam uma estreita relação entre si. O estudo conjunto destes diferentes eventos (como saúde-doença ou papel de cuidador familiar) e das respostas do prestador e do recetor de cuidados é uma oportunidade de adotar na investigação das transições *“metodologias que estendam a pesquisa para além de um único evento ou que questionem uma só resposta”* (Kralik e colaboradores, 2006).

Com um conhecimento mais aprofundado das transições, é possível contribuir para aumentar as possibilidades de ajudar as pessoas no cumprimento do seu projeto de saúde, ultrapassando as visões limitadas que se focam apenas nos processos de doença-cura. É, com efeito, importante disponibilizar o apoio necessário a uma pessoa em processo de transição, auxiliando-a a proteger-se e a manter a sua saúde para o futuro, através da criação de condições que conduzam a uma transição saudável.

Por outro lado, não é conhecido, em toda a sua amplitude, o impacto provocado pelas profundas alterações demográficas, sociais e assistenciais nas opções e nas práticas dos indivíduos e famílias em relação ao processo de prestar cuidados aos familiares dependentes. Este desconhecimento, para além de retirar alguma sustentação aos processos de tomada de decisão política e profissional nestas matérias, não lhe dá a devida visibilidade, o que, no entender de Souza e colaboradores (2007), poderá explicar o facto de a sociedade e os sistemas de saúde não terem na devida consideração a importância dos prestadores de cuidados na recuperação e na reabilitação da saúde dos indivíduos doentes.

A opção por centrar o estudo no concelho do Porto teve por base um conjunto de diferentes razões. O concelho é uma unidade administrativa do território nacional que guarda relação com os NUTS (unidade considerada nos censos). No caso concreto do concelho do Porto, o facto de corresponder a um NUTS III faz coincidir as populações do estudo com as populações do INE, pelo que, para efeitos de análise dos achados do estudo, será sempre possível recorrer aos dados atualizados, e de elevada fiabilidade, constantes dos censos.

O Porto apresenta algumas particularidades comuns aos grandes centros urbanos, como a redução progressiva da população residente e um crescente envelhecimento populacional. Se a alteração demográfica, apesar de constituir um fenómeno recente, está já bem

identificada, o mesmo não se verifica nas suas implicações ao nível da saúde das populações, pelo que o conhecimento da situação no Porto importa, não só aos diretamente envolvidos, mas a todas as populações em condição similar.

Acresce, ainda, que se tem por convicção que, progressivamente, se assistirá a um crescente envolvimento dos municípios na resposta às necessidades das pessoas dependentes e dos seus prestadores de cuidados familiares. Neste quadro, o conhecimento da realidade na área de jurisdição municipal poderá constituir um incitamento e um suporte à tomada de decisão política nesta matéria.

Num ambiente dinâmico e em mudança, em que as pessoas com dependência no autocuidado continuam a ser uma realidade, agora diferente, e em que, na resposta às suas necessidades, coexistem opções de natureza institucional e familiar, tem relevância a compreensão do fenómeno da prestação de cuidados a familiares dependentes, determinando a sua real dimensão, os contextos em que ocorre, bem como, a trama em que se desenvolve a relação de cuidados entre quem os recebe e quem os presta. Não admira, por isso, que, já em 1993, Orem propusesse que se estudassem continuamente as necessidades de cuidados de enfermagem das populações, e dos seus subgrupos, de modo a perceber-se a variedade de cuidados de enfermagem necessários e o número de pessoas que deles necessitam.

Neste contexto, foi concebido um projeto de investigação, passível de ser replicável nos concelhos do Porto e de Lisboa, focado no estudo da dependência no autocuidado, no seio das famílias clássicas, e do processo de tomar conta por parte do membro da família prestador de cuidados.

Não ignorando que a generalidade da investigação em enfermagem é realizada em contexto académico, e na firme convicção de que é possível, e desejável, desenvolver sinergias que permitam rentabilizar os esforços individuais, constitui-se uma equipa alargada de investigação que integrou treze investigadores (seis do Porto e sete de Lisboa; dois estudantes de doutoramento e onze de mestrado). Esta equipa, juntamente com os orientadores das teses e das dissertações, desenvolveu em conjunto todo o trabalho de conceção e de planeamento do projeto, incluindo a elaboração dos instrumentos de recolha de dados.

Com o início do trabalho de campo, aquela equipa, organizou-se em dois grupos, um para cada concelho. No concelho do Porto, o projeto – coordenado pelo autor (que desenvolveu o estudo que deu origem ao presente relatório) –, integrou mais cinco estudantes de mestrado que apresentaram as respetivas dissertações subordinadas aos subtemas específicos:

- A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho do Porto: abordagem exploratória à dimensão do fenómeno (Rosa Silva);

- Avaliação da percepção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados que tomam conta de familiares dependentes no autocuidado: estudo exploratório no concelho do Porto (Carmen Queirós);
- Avaliação da condição de saúde dos indivíduos dependentes no autocuidado inseridos no seio das famílias clássicas do concelho do Porto (Ana Sofia Silva);
- Tomar conta de pessoas dependentes no domicílio: estudo exploratório acerca dos recursos utilizados no seio das famílias clássicas do concelho do Porto (Helena Maia);
- Famílias clássicas do concelho do Porto com parentes institucionalizados: das causas da institucionalização aos requisitos relevantes para o cuidado no domicílio (Daniel Cunha).

No concelho de Lisboa, o projeto de investigação decorreu de forma análoga à do Porto. Naquele concelho, a coordenação do projeto foi da responsabilidade de Andreia Silva da Costa, que desenvolveu um estudo similar (“Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho do Lisboa”) que, para além do conhecimento da situação existente neste concelho, viabilizou, também, a comparação das realidades existentes nos concelhos de Lisboa e Porto.

1.4. Finalidade e objetivos do estudo

Este estudo visa caracterizar, quer o fenómeno da dependência no autocuidado no contexto das famílias, quer o fenómeno da prestação de cuidados ao familiar dependente, no concelho do Porto, expandindo, pelo saber gerado, o conhecimento sobre dois fenómenos centrais ao domínio da enfermagem e, assim, concorrendo para o desenvolvimento de modelos de prestação de cuidados de enfermagem, mais baseados em evidências.

Com a realização deste estudo, pretende-se, em resposta às várias questões de partida que o nortearam, atingir diferentes objetivos que a seguir se apresentam organizados em dois níveis: um mais geral e outro mais específico;

- Caracterizar as famílias clássicas que integram familiares dependentes no autocuidado, no concelho do Porto;
 - Identificar a prevalência de famílias clássicas que integram familiares dependentes no autocuidado;
 - Descrever as famílias que integram familiares dependentes no autocuidado quanto: ao tipo de família; ao tipo de alojamento, às condições socioeconómicas;
- Caracterizar o familiar dependente no autocuidado integrado na família, no concelho do Porto;
 - Identificar o modo de instalação da dependência no autocuidado;
 - Avaliar o nível e o tipo de dependência no autocuidado;

- Identificar os atributos do familiar dependente no autocuidado;
- Avaliar a condição de saúde do familiar dependente no autocuidado;
- Caracterizar o cuidador familiar nas famílias que integram familiares dependentes no autocuidado;
 - Identificar, na família, o cuidador familiar;
 - Identificar os atributos do cuidador familiar;
 - Identificar os cuidados que o cuidador familiar habitualmente assegura ao familiar dependente;
 - Avaliar a autoeficácia específica do cuidador familiar relativa ao exercício do papel;
- Caracterizar a natureza dos recursos que se constituem como suporte para a prestação de cuidados a familiares dependentes em casa e na facilitação do exercício do papel de cuidador familiar;
 - Identificar os recursos utilizados na prestação de cuidados a familiares dependentes;
 - Identificar os recursos necessários à prestação de cuidados a familiares dependentes;
 - Identificar as razões para a não utilização dos recursos necessários;
- Caracterizar as famílias cujos membros têm parentes próximos dependentes no autocuidado, que se encontram institucionalizados;
 - Descrever a institucionalização dos parentes dependentes quanto ao local onde ocorre e às motivações/razões que a determinaram;
 - Descrever as famílias que têm parentes institucionalizados quanto: ao tipo de família; ao tipo de alojamento, às condições socioeconómicas;
 - Identificar as condições que os familiares entendem como necessárias para que os parentes institucionalizados pudessem estar integrados na família;
- Caracterizar os diferentes contextos: família, dependência no autocuidado e cuidados prestados, ao nível das suas variáveis mais determinantes;
 - Identificar os tipos de contextos: família, dependência no autocuidado e cuidados prestados;
 - Identificar as relações existentes entre as variáveis principais (nível de dependência e condição de saúde da pessoa dependente; cuidados prestados e autoeficácia do cuidador familiar; e, utilização dos recursos necessários);

1.5. Visão geral da tese

O presente relatório do estudo realizado no âmbito do programa de doutoramento em enfermagem da Universidade Católica Portuguesa está estruturado em sete capítulos principais.

No primeiro capítulo, que aqui se encerra, procede-se à apresentação, ao enquadramento e à problematização do tema central do estudo. Optou-se por, ainda na introdução, discutir e enquadrar na problemática os conceitos centrais, nomeadamente, o autocuidado, a dependência, a condição de saúde, a família como contexto de cuidados, o cuidador familiar, a autoeficácia e os recursos utilizados no autocuidado da pessoa dependente pelo próprio e/ou pelo cuidador familiar. Por último, justifica-se o interesse do estudo e apresentam-se os respetivos objetivos e a finalidade da investigação.

No segundo capítulo – material e métodos – são expostas as questões que guardam relação com as opções eminentemente metodológicas. Depois da apresentação do desenho do estudo, que inclui a operacionalização das principais variáveis, clarificam-se os aspetos relacionados com a população e a amostra a que se recorreu. Para além das referências ao instrumento de recolha de dados, esclarecem-se os procedimentos para a recolha dos mesmos, bem como, os respetivos métodos de análise e tratamento. O capítulo termina com as considerações éticas que se colocaram na realização do estudo.

No capítulo seguinte, o terceiro, apresentam-se e discutem-se os dados que permitem caracterizar as pessoas dependentes, nomeadamente ao nível da dependência e da condição de saúde, os prestadores de cuidados e os cuidados que prestam, bem como, as famílias e as condições em que vivem. Na parte final do capítulo, dá-se conta de algumas estimativas de evolução do fenómeno da dependência no autocuidado, tendo por base os resultados disponíveis do Censos 2011.

No quarto capítulo, apresenta-se a situação relativa à institucionalização de parentes próximos das famílias que residem no concelho do Porto. Integram-se os resultados do estudo relativo às famílias que cuidam dos familiares dependentes com a opinião dos representantes das famílias com parentes institucionalizados. Discutem-se, ainda, questões conexas com a alternativa: manter na família ou institucionalizar, nomeadamente as condições que seriam necessárias para promover o retorno à família dos membros institucionalizados. A partir destes dados, e das comparações realizadas, perspetiva-se o fenómeno da institucionalização no concelho do Porto e procura-se identificar alguns preditores da institucionalização.

No quinto capítulo, apresentam-se e discutem-se as principais diferenças e semelhanças entre as situações no concelho do Porto e de Lisboa, no que concerne ao cuidador familiar, designadamente ao nível dos cuidados que assegura e da respetiva autoeficácia e, ainda, no que tange à utilização de equipamentos e recursos nas atividades de autocuidado.

No sexto capítulo, procede-se à caracterização do que se denominou contextos “dependência-cuidados-na-família”. A partir dos contextos identificados, discute-se a

importância das diferentes variáveis e evolui-se para o estudo da correlação e associação entre as principais variáveis.

No último capítulo, apresentam-se as principais conclusões do estudo, esclarecem-se algumas debilidades e propõem-se novos estudos que, perspetivando o fenómeno de outros pontos de observação e análise acrescentem conhecimento ao atualmente disponível.

Os anexos são apresentados num CD (*compact disc*) apenso no verso da contracapa.

MATERIAL E MÉTODOS

2.1. Desenho do estudo

2.2. População e amostra

2.3. Instrumentos de recolha de dados

2.4. Procedimentos de recolha de dados

2.5. Métodos de análise e tratamento dos dados

2.6. Considerações éticas

2. MATERIAL E MÉTODOS

Delimitada a problemática em que se inscreve o estudo, bem como os pressupostos e fundamentos que o sustentam; tendo, ainda, presentes a finalidade e os objetivos definidos, importa evoluir num discurso centrado na explanação das opções pelos procedimentos metodológicos adotados.

Assim, neste capítulo, dá-se conta dos aspetos relativos ao desenho do estudo e às suas principais características. Após, evolui-se na abordagem das questões centradas na população e amostra. As dimensões relativas aos procedimentos em que se alicerçou a recolha e a análise dos dados ocupam a parte final desta secção; nesta são, ainda, explorados os elementos relativos às considerações éticas que aclararam os contornos do estudo.

2.1. Desenho do estudo

As famílias que integram familiares dependentes no autocuidado são, enquanto objeto de investigação, um fenómeno complexo em que interagem múltiplas variáveis; parcialmente desconhecido, em particular nas suas determinantes e condições relacionadas à saúde; e, de cuja distribuição, não se tem uma visão rigorosa. Face à natureza e ao conhecimento do fenómeno em estudo, optou-se por uma investigação em que se procura obter uma imagem da situação real e uma visão alargada e sustentada das regularidades que coexistem e que caracterizam esta realidade.

Apesar de serem conhecidas algumas das variáveis presentes, não existia informação sobre as relações que guardam entre si, nem sobre as implicações na realidade, tal como ela se apresenta. Assim, foi concebido um desenho para o estudo com a intenção, não só, de aprofundar os aspetos que se consideraram insuficientemente conhecidos mas, também, de explorar domínios que se desconheciam, contribuindo, através da riqueza e da diversidade de informação que se viesse a obter, para uma visão mais esclarecida da realidade social das famílias que integram dependentes no autocuidado, bem como, da saúde dos seus membros; ou seja, que respondesse à questão: onde, quando, como e quem se encontra dependente no seio da respetiva família?

Esta realidade, em que os sujeitos do estudo são pessoas em situação particularmente fragilizada, em que as circunstâncias são únicas, não replicáveis, nem legitimamente manipuláveis, inviabilizava a escolha de qualquer modelo de base experimental e aconselhava um estudo de

base populacional, sem a programação de qualquer intervenção ativa e em que o investigador se colocasse no papel de observador. Pese embora estas circunstâncias, não se pretendia abdicar, nem do rigor, nem do interesse na causalidade dos fenómenos. Assim, e pese embora alguma limitação ao nível da precisão na explicação das relações causais, optou-se por um estudo quantitativo com um número elevado de sujeitos representativos da situação do fenómeno no concelho do Porto.

2.1.1. Caracterização do estudo

Tendo presente o exposto anteriormente, seguiu-se um modelo não experimental, de carácter eminentemente descritivo e correlacional. Não experimental porque não seria possível, nem eticamente aceitável, manipular as variáveis independentes em estudo. Descritivo porque, no intuito de conhecer o estado do fenómeno, pretendia-se observar, descrever e, sobretudo, documentar aspetos da realidade que, podendo ser conhecidos, eram ignorados na sua real dimensão e impacte. Correlacional porque, pretendendo-se descortinar novas relações entre as diversas variáveis em equação, desejava-se estudar o efeito de causas potenciais que não podiam ser manipuladas (Polit & Beck, 2011). Para as mesmas autoras, este modelo de estudo – que denominam como: correlacional descritivo - caracteriza-se por “*descrever relações entre variáveis sem tentar inferir conexões causais*” (Polit & Beck, 2011:265).

Este tipo de estudo, em que se procura conhecer a distribuição, os determinantes e as condições relacionadas à saúde numa dada população específica, é denominado por autores como Last (1995) por inquérito epidemiológico. São estudos que se focalizam na população humana, têm uma forte confiança nas observações não experimentais e estudam as pessoas no seu ambiente natural (Greenberg e colaboradores, 2001). Autores como Vuori (1992), referenciado por Stone e colaboradores (1999), afirmam que o inquérito epidemiológico é o modelo mais apto a ajudar na identificação dos problemas de saúde, a alcançar metas atingíveis e mensuráveis e a fornecer uma base para avaliação dos resultados.

Por seu turno, neste tipo de estudo, o INE releva a importância das denominadas operações estatísticas – atividade estatística enquadrada numa metodologia estatística pré-definida, englobando a recolha, o tratamento, a análise e a difusão de dados respeitantes a características de uma população (Instituto Nacional de Estatística, 2005). No caso vertente, dado que só uma parte da população será observada, este estudo constituiu-se como uma operação estatística do tipo: inquérito amostral.

O desejado conhecimento descritivo da realidade apontava mais para um estudo que, ao contrário de outros mais preocupados com a compreensão da evolução dos fenómenos, se centrasse na observação do fenómeno num *único instante de tempo*, permitindo, por esta via,

um conhecimento alargado da realidade – e das variáveis que a influenciam – num curto espaço de tempo. Este tipo de observação, denominado pela generalidade dos autores como estudo transversal, permite conhecer “*quantas pessoas, ou a percentagem de pessoas (taxa de prevalência), é que sofrem de determinado problema de saúde*” (Aguilar, 2007:26) e como referem Polit e Beck, para além de terem a vantagem de serem económicos e da facilidade de controlo “*mostram-se especialmente apropriados para descrever o estado de fenómenos ou relações entre fenómenos em um ponto fixo*” (2011:268).

Neste modelo transversal, a recolha de dados foi programada para dois momentos sucessivos que, em rigor, foram imediatos. Quer isto dizer que, em cada caso, se se justificasse (como adiante se verá), a recolha de dados ocorria num único contacto “investigador – caso”. Cada um dos contactos poderia ter dois momentos. Assim:

- Num primeiro momento, contactaram-se as famílias com o intuito de proceder ao levantamento daquelas que tinham familiares dependentes no autocuidado ou cujos membros tinham parentes próximos dependentes institucionalizados e de, em caso afirmativo, obter autorização para a avaliação da situação. Nesta etapa, os dados foram recolhidos diretamente das unidades amostrais através de um suporte de recolha (formulário preliminar) construído para o efeito;
- Num segundo momento, dirigido apenas às famílias com membros dependentes no autocuidado que aceitaram dar seguimento à recolha de dados, procurou-se ir de encontro às realidades particulares do familiar dependente, do cuidador familiar, bem como, dos recursos envolvidos. Nesta etapa, que decorreu, conforme os casos, na imediata sequência do “primeiro momento”, recorreu-se, igualmente, a fontes diretas, utilizando formulários que incluíam escalas já validadas para a população portuguesa e outras a serem entretanto validadas.

Dado que, com a realização deste estudo, se pretendia conhecer os “números” que caracterizam a situação vivida pelas famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado, produzindo uma representação dessa realidade suficientemente fiel para permitir extrapolar os resultados obtidos na amostra para a população de origem, ou seja, para as famílias clássicas do concelho do Porto, este estudo pode, ainda, ser enquadrado no paradigma quantitativo.

2.1.2. Operacionalização e computação das variáveis principais

A realidade em estudo engloba pessoas, como o familiar dependente ou o cuidador familiar, objetos, como os diferentes equipamentos utilizados no autocuidado, ou mesmo situações, como a institucionalização. Cada uma destas realidades, por sua vez, tem qualidades, propriedades e características que variam ou assumem diferentes valores e que se denominam, quando são estudadas numa investigação, por variáveis (Polit, Beck e Hungler, 2004; Fortin, 2009). Neste

estudo, foram identificadas cerca 500 variáveis (de atributo e de caracterização dos diferentes casos que constituem a amostra). A partir de alguns conjuntos destas, foram computadas/agregadas (por critérios teóricos) as que se poderão designar por variáveis centrais da investigação, já que o respetivo comportamento constituirá a matéria central do estudo. O processo de operacionalização e de computação/agregação das variáveis centrais é apresentado a seguir. As variáveis que designamos por “centrais” correspondem, assim, ao resultado de um conjunto de procedimentos de agregação de conjuntos de variáveis originais, essencialmente por critérios teóricos, com o intuito de simplificar e tornar o discurso de resposta aos objetivos do estudo mais compreensível.

2.1.2.1. Dependência no autocuidado

Para a avaliação da dependência no autocuidado adequou-se um instrumento construído por Duque (2009). Esta adequação decorre da necessidade de adaptar, ao contexto do domicílio, uma escala utilizada em meio hospitalar e os resultados obtidos pelo autor. Assim, em função das razões anteriores, foram aglutinadas num único domínio denominado “arranjar-se”, os domínios originais: “arranjar-se” e “cuidar da higiene pessoal”. Foram, ainda, acrescentadas ao instrumento original, dois novos domínios do autocuidado: “andar” e “tomar a medicação”. A inclusão do “andar” prende-se com o facto de se tratar de uma atividade de vida que frequentemente surge na primeira linha dos processos de perda da independência, seja porque aparece antes das outras, seja porque se trata de uma atividade de vida indispensável à manutenção da autonomia na maioria das demais (Silva e colaboradores, 2006).

A inclusão do domínio “tomar a medicação” decorre do reconhecimento da importância, que diferentes autores têm vindo a atribuir, aos processos relacionados com a utilização e a gestão de terapêuticas medicamentosas. Estudos realizados por Padilha (2006) e Petronilho (2006) deixaram claro que este é um domínio em que, em particular entre os idosos, frequentemente está comprometida a autonomia dos clientes dos cuidados, com implicações na desejada manutenção do tratamento farmacológico.

Em cada um dos diferentes domínios do autocuidado, a dependência foi avaliada através de um conjunto de itens específicos associados à concretização do cuidado nesse domínio. Por exemplo, face ao domínio do autocuidado “alimentar-se” foi avaliada a dependência face aos itens:

- Prepara os alimentos para ingestão;
- Abre recipientes;
- Utiliza utensílios;
- Coloca o alimento nos utensílios;
- Pega no copo ou chávena;

- Leva os alimentos à boca com recipiente;
- Leva os alimentos à boca com os utensílios;
- Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão;
- Bebe por copo ou chávena;
- Coloca os alimentos na boca;
- Conclui uma refeição.

A cada um destes aspetos foi associada uma escala ordinal com quatro *scores*: 1 – “dependente não participa”; 2 – “necessita de ajuda de pessoa”; 3 – “necessita de equipamento”; 4 – “completamente independente”.

Na fase de análise dos dados, a existência de diversas variáveis relacionadas com a dependência do familiar num mesmo domínio do autocuidado e o interesse na comparação do nível de dependência nos diferentes domínios, levou a que se considerasse a criação de novas variáveis que permitissem outras análises e uma visão mais geral e agregada desta dimensão do estudo. Assim, a partir das variáveis originais, computaram-se nove novas variáveis ordinais, uma por cada domínio do autocuidado:

- “Alimentar-se”, resultante da agregação das onze variáveis originais do respetivo domínio;
- “Andar”, resultante da agregação das sete variáveis originais do respetivo domínio;
- “Arranjar-se”, resultante da agregação das dez variáveis originais do respetivo domínio;
- “Tomar banho”, resultante da agregação das oito variáveis originais do respetivo domínio;
- “Usar a cadeira de rodas”, resultante da agregação das duas variáveis originais do respetivo domínio;
- “Usar o sanitário”, resultante da agregação das seis variáveis originais do respetivo domínio;
- “Tomar a medicação”, resultante da agregação das três variáveis originais do respetivo domínio;
- “Transferir-se”, resultante da agregação das duas variáveis originais do respetivo domínio;
- “Vestir-se”, resultante da agregação das quinze variáveis originais do respetivo domínio.

A cada uma destas variáveis foi atribuído um valor determinado com base no cálculo da média dos valores das variáveis enquadradas nesse domínio do autocuidado. Se no conjunto das variáveis relativas a um dos domínios do autocuidado, a média dos respetivos valores fosse igual a 4, então seria possível afirmar que, nesse domínio, a pessoa era independente (ou seja, não precisava de qualquer tipo de ajuda). No polo oposto, a situação seria similar. Se a média dos valores das variáveis relativas a uma dimensão fosse igual a 1, então a pessoa, nessa dimensão, seria totalmente dependente (ou seja, não participa no autocuidado). Em relação aos restantes casos, considerou-se que, se em relação a um dado domínio do autocuidado, se registasse a, pelo menos, uma das variáveis desse domínio um valor inferior 3 (ou seja, uma variável em que a pessoa dependente não participa no autocuidado ou em que necessita de ajuda de outra pessoa) essa pessoa necessitará sempre da ajuda de pessoas para realizar o autocuidado. As pessoas a quem se reportam os casos sobrantes, por exclusão, não poderão abdicar da ajuda de

equipamentos. Nestes termos, e consoantes os valores das variáveis originais dentro do mesmo domínio do autocuidado, foram atribuídos, respetivamente, os seguintes *scores* às novas variáveis: 4 – “completamente independente”; 1 – “não participa”; 2 – “necessita de ajuda de pessoa”; e, 3 – “necessita de equipamento”.

Tendo em vista a caracterização global, no mesmo sujeito, do fenómeno da dependência, procedeu-se, ainda, à computação de uma nova variável que se denominou “dependência”. Esta é uma variável intervalar que traduz o nível global de dependência do familiar dependente. Foi-lhe atribuído um valor numérico que resultou da média das nove variáveis ordinais transformadas referentes aos domínios do autocuidado (a que antes se aludiu). Deste modo, a variável “dependência” global poderia assumir qualquer valor entre 1 e 4 (o valor 4 significaria que o sujeito é independente no autocuidado).

2.1.2.2. Condição de saúde da pessoa dependente

A avaliação da condição de saúde do membro da família dependente no autocuidado foi realizada através de um subformulário construído para o efeito. As diferentes variáveis correspondem a algumas dimensões que, numa perspetiva de saúde abrangente e comum aos processos de avaliação dos enfermeiros, se considerou guardarem maior relação com os efeitos notórios dos quadros de dependência. Assim, deu-se particular atenção a sinais que indiciassem perturbações nos processos de alimentação, hidratação, eliminação, alterações da mobilidade e da integridade cutânea, dificuldade na limpeza das vias aéreas, alterações na higiene pessoal e no asseio. Mesmo não guardando uma relação tão clara enquanto consequência da dependência, mas também não podendo ser excluídas enquanto tal, incluíram-se, muito por força do seu peso clínico, a avaliação do estado mental e a determinação do número de quedas ocorridas.

De acordo com a natureza das diferentes variáveis, utilizaram-se escalas nominais dicotómicas (“sim” ou “não”), na avaliação da generalidade dos itens relativos às várias dimensões referidas, e valores numéricos em variáveis continuas como “número de úlceras de pressão”, “peso que perdeu nos últimos três meses” e “número de quedas”.

Num momento posterior, as diferentes variáveis relacionadas com a mesma dimensão da condição de saúde foram agregadas numa nova variável (uma por cada uma das referidas dimensões). Tratando-se de variáveis nominais dicotómicas, foi atribuído o *score* 1 há presença de sinais ou manifestações indesejáveis (resposta: “sim”) e o *score* 2 quando estas não estavam presentes (resposta: “não”). Nesta análise, o estado mental constituiu uma exceção já que, neste caso, a resposta “não” traduzia um aspeto negativo e a resposta “sim” um aspeto positivo. A partir das cinco variáveis que se reportam à condição mental da pessoa dependente, foi computada uma nova variável intervalar, denominada “consciência”. À nova variável foi atribuído o valor

resultante da média dos valores das variáveis de origem. Deste modo, a nova variável poderia assumir valores entre 1 e 2. Em relação às restantes dimensões, procedeu-se de forma análoga. A partir da média dos valores do conjunto das variáveis da mesma dimensão, obteve-se um valor que poderia variar entre 1 (pior condição) e 2 (melhor condição).

Deste procedimento resultaram oito novas variáveis do tipo intervalar: “desidratação” (processos de hidratação); “desnutrição” (processos de alimentação); “anquilose” (alterações da mobilidade); “pele” (alterações da integridade cutânea); “respiração” (dificuldade na limpeza das vias aéreas); “higiene” (alterações na higiene pessoal); “vestuário” (alterações no asseio pessoal); “consciência” (estado mental). A cada variável foi atribuído o valor anteriormente referido correspondente à média dos valores das variáveis originais.

Nestas condições, a melhor condição de saúde possível resultaria invariavelmente da atribuição do valor máximo a cada uma das oito variáveis, ou seja, caso não existisse qualquer alteração nas oito (8) dimensões avaliadas, estar-se-ia perante a ausência de qualquer condição negativa de saúde. De facto, para cada uma das variáveis, só o valor máximo assegura a inexistência de qualquer alteração nessa dimensão da condição de saúde. Assim, transformaram-se as oito anteriores variáveis intervalares em novas variáveis nominais dicotómicas. Para o efeito, a partir das variáveis anteriores e dos respetivos valores (entre 1 e 2) criaram-se novas variáveis a que se atribuíram o valor “sim”, se a variável que lhe deu origem tivesse um valor menor do que 2 e o valor “não”, se a variável que lhe deu origem tivesse um valor igual a 2. Por este processo foram criadas oito novas variáveis nominais:

- Presença de sinais aparentes de desidratação;
- Presença de sinais aparentes de desnutrição;
- Presença de sinais aparentes de rigidez articular;
- Presença de sinais aparentes de compromisso da integridade da pele;
- Presença de sinais aparentes de compromisso respiratório;
- Presença de sinais de condição de higiene e asseio deficiente;
- Presença de sinais de condição de vestuário deficiente;
- Presença de sinais de alteração do estado mental.

Por razões análogas, foi também transformada a variável intervalar “número de quedas” na variável nominal dicotómica “quedas no último mês” com valores de “não” ou “sim”, conforme, no último mês, não se registaram quedas ou se registou pelo menos uma, respetivamente.

De seguida, transformou-se a variável “consciência” numa variável nominal que se designou: “presença de sinais de alteração do estado mental/consciência”. Esta variável poderia assumir dois *scores*: 1 – “com alguma alteração” e 2 – “sem alterações”. Para a atribuição dos *scores* da variável aplicou-se o seguinte critério: se a média da variável de origem fosse igual a 2, ou seja, se o familiar dependente não apresentasse qualquer alteração, então a nova variável

teria o *score* 2 – “sem alterações”; se a média da variável de origem fosse inferior a 2, a nova variável teria o *score* 1 – “com alguma alteração”.

Com o intuito de obter uma visão global da condição de saúde de cada uma das pessoas dependentes, computou-se, a partir do conjunto de oito variáveis (agregadas) antes referido, uma nova variável global intervalar denominada “condição de saúde”. O valor a atribuir a esta variável foi determinado a partir da soma, em cada indivíduo, do número de valores “sim” (presença de sinais de alteração da condição de saúde) nas variáveis de origem. Assim, esta variável poderia assumir um valor inteiro entre 0 – melhor condição de saúde da pessoa dependente (ausência de condições negativas) e 8 – pior condição de saúde da pessoa dependente (presença de todas as condições negativas avaliadas).

2.1.2.3. Autoeficácia do cuidador familiar

Não sendo, como já antes referido, exequível avaliar a mestria dos cuidadores familiares, recorreu-se à avaliação da respetiva autoeficácia enquanto indicador dessa mesma mestria. Para a avaliação da autoeficácia do cuidador familiar, e face à inexistência de qualquer instrumento conhecido que tivesse a especificidade necessária num quadro de tomar conta de um familiar dependente no autocuidado, construiu-se um instrumento novo a partir de um processo de revisão da literatura, em que os trabalhos de Schumacher e colaboradores foram nucleares.

Na construção deste instrumento de avaliação da autoeficácia, recorreu-se a afirmações relacionadas com as atividades inerentes ao exercício do papel de cuidador familiar. Cada um destes enunciados, ou seja, cada uma das atividades apresentadas, para além de traduzir uma competência na ação de cuidar de um familiar dependente, guardava relação, simultaneamente, com um dos domínios do autocuidado avaliados e com uma das dimensões das competências para o exercício do papel, apresentadas por Schumacher e colaboradores (2000): “monitorizar”; “interpretar”; “decidir”; “agir”; “ajustar”; “aceder a recursos”; “providenciar cuidados”; “trabalhar com a pessoa cuidada”; “negociar com o sistema de saúde”. Deste modo, dentro de cada domínio do autocuidado, eram apresentados enunciados relacionados com as várias dimensões das competências para o exercício do papel de cuidador familiar.

A título de exemplo, apresentam-se no quadro seguinte alguns dos enunciados (itens) relativos às dimensões das competências, referentes ao autocuidado “alimentar-se” (quadro 1).

Importa referir que no processo de refinamento do instrumento, o grupo de investigação entendeu não diferenciar os enunciados relativos às dimensões “monitorizar” e “interpretar”, tratando-os indistintamente. De facto, a proximidade conceptual entre estas duas dimensões traduzia-se numa proximidade semântica entre os enunciados que se revelou geradora de indesejáveis confusões interpretativas. Por outro lado, por resultar numa redundância que

tornaria mais demorado o processo de recolha de dados e da qual não resultaria qualquer vantagem, os enunciados relativos à dimensão “negociar com o sistema de saúde” apenas foram incluídos no primeiro domínio do autocuidado a ser avaliado (“tomar banho”). Deste modo, os 104 enunciados, que constituem a avaliação da autoeficácia do cuidador familiar, foram reunidos em torno de oito dimensões das competências para o exercício do papel de cuidador familiar.

Quadro 1. Atividades desenvolvidas pelo cuidador familiar e dimensões das competências para o exercício do papel

Atividades desenvolvidas pelo cuidador familiar face à dependência no autocuidado “alimentar-se”	Dimensões das competências
Perceber a necessidade de dar de comer ao seu familiar	Monitorizar/Interpretar
Detetar sinais de desidratação	Monitorizar/Interpretar
Determinar o horário, a forma e o local das refeições do seu familiar	Decidir
Modificar o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições do seu familiar	Ajustar
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	Aceder a recursos
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	Aceder a recursos
Posicionar o seu familiar para as refeições	Providenciar cuidados
Incentivar o seu familiar a comer/beber sozinho.	Trabalhar com a pessoa cuidada
Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais	Negociar com o sistema de saúde

Face a cada um dos enunciados, era apresentada numa escala ordinal com extremos em 1 – “incompetente” e 4 – “muito competente”, e com dois *scores* intermédios 2 – “pouco competente” e 3 – “medianamente competente”.

É possível, assim, falar de um instrumento de avaliação da autoeficácia de base matricial, constituído por várias subescalas que resultam do cruzamento de dois planos principais: os onze (11) domínios do autocuidado e as oito (8) dimensões das competências para o exercício do papel (processos de cuidar) definidas por Schumacher e colaboradores (2000). Deste modo, viabiliza-se a avaliação da autoeficácia do cuidador familiar em relação a cada um dos domínios do autocuidado (pela análise conjunta dos enunciados – relativos a todas as dimensões das competências – associados a esse domínio do autocuidado), tal como se possibilita a avaliação da autoeficácia em relação a cada uma das dimensões das competências (pela análise conjunta dos enunciados – relativos a essa dimensão das competências – associados aos diferentes domínios do autocuidado).

Com o intuito de se conseguirem avaliações mais globais da autoeficácia dos prestadores de cuidados familiares, procedeu-se à computação das diferentes variáveis que a avaliavam. Como esta avaliação estava estruturada, quer pelas dimensões das competências para o exercício do papel de cuidador familiar (processos de cuidar), quer pelo domínio do autocuidado, procedeu-se, em paralelo, a dois processos de computação, um com base nas dimensões das competências propostas por Schumacher e colaboradores (2000) e outro a partir dos onze domínios do autocuidado.

Deste modo, as diferentes variáveis originais foram agrupadas de acordo com as diferentes dimensões das competências e transformadas em oito novas variáveis intervalares, uma por cada dimensão. As novas variáveis denominaram-se: “nível de autoeficácia: monitorizar”; “nível de autoeficácia: decidir”; “nível de autoeficácia: agir”; “nível de autoeficácia: ajustar”; “nível de autoeficácia: aceder”; “nível de autoeficácia: providenciar”; “nível de autoeficácia: trabalhar”; “nível de autoeficácia: negociar”.

A cada uma destas novas variáveis foi atribuído o valor resultante da média dos valores das variáveis originais consideradas nessa dimensão (ignorando os *missing values*), ou seja, a cada nova variável poderia ser atribuído qualquer valor entre 1 e 4, a que correspondem, na escala original, “incompetente” e “muito competente”, respetivamente.

Num segundo passo, cada uma destas variáveis agregadas foi transformada numa nova variável, agora, tal como originalmente, ordinal. Para o efeito, foi atribuído a cada uma das novas variáveis um dos quatro *scores* da escala original. Como os valores se distribuíam no intervalo entre 1 e 4, dividiu-se o mesmo em quatro classes iguais de 0,75. Deste modo, estabeleceu-se a seguinte correspondência: se o valor da variável intervalar anterior se situasse entre [1 e 1,75] era atribuído o *score* 1 – “incompetente”; se o valor estivesse entre]1,75 e 2,5], o *score* 2 – “pouco competente”; se estivesse entre]2,5 e 3,25], o *score* 3 – “medianamente competente”; e, se estivesse entre]3,25 e 4], o *score* 4 – “muito competente”. Deste processo resultaram oito variáveis que, na sua designação, tomaram a mesma raiz das variáveis intervalares correspondentes, como por exemplo “nível de autoeficácia: monitorizar_final”.

Em paralelo, agruparam-se as variáveis originais, agora, em função de cada domínio do autocuidado a que se reportavam. Em virtude de, como anteriormente se referiu, só se dispor de uma avaliação parcelar da autoeficácia em alguns domínios do autocuidado, para este efeito desconsideraram-se os domínios: “arranjar-se” e “usar a cadeira de rodas”.

Depois, procedeu-se a um processo de computação, em dois passos, similar ao anteriormente descrito. Do primeiro passo resultaram oito variáveis intervalares: “autoeficácia do cuidador familiar para assistir no: tomar banho”; “autoeficácia do cuidador familiar para assistir no: vestir-se”; “autoeficácia do cuidador familiar para assistir no: alimentar-se”; “autoeficácia

do cuidador familiar para assistir no: usar o sanitário”; “autoeficácia do cuidador familiar para assistir no: posicionar-se”; “autoeficácia do cuidador familiar para assistir no: transferir-se”; “autoeficácia do cuidador familiar para assistir no: andar” autoeficácia do cuidador familiar para assistir no: tomar a medicação” e, do segundo passo, igual número de variáveis ordinais, também com denominações análogas (e.g. “autoeficácia do cuidador familiar para assistir no: alimentar-se_final”).

De modo a poder ter uma caracterização do nível global de autoeficácia dos cuidadores familiares, transformaram-se as oito variáveis intervalares referentes aos diferentes domínios do autocuidado numa nova variável intervalar – “autoeficácia”. A esta nova variável foi atribuído o valor correspondente à média dos valores das variáveis que lhe deram origem, pelo que a nova variável poderia assumir qualquer valor entre 1 e 4, em que este valor representa a autoeficácia mais elevada.

2.1.2.4. Equipamentos e recursos

Os equipamentos e os recursos utilizados pela pessoa dependente, ou nos cuidados prestados a esta, foram avaliados através de um subformulário construído para o efeito. Num primeiro momento, de entre o vasto leque de equipamentos e recursos passíveis de serem utilizados na realização do autocuidado de pessoas dependentes, a equipa de investigação seleccionou, entre os mais relevantes, aqueles que admitiu poderem ser mais utilizados.

Os diferentes equipamentos seleccionados foram, em função da natureza e da utilização que comumente lhes é dada, agrupados e alocados a cada um dos diferentes domínios do autocuidado ou, quando não guardavam uma relação direta a nenhum desses domínios, apresentados em separado como “recursos complementares”. A partir deste processo foram constituídos doze agrupamentos de equipamentos:

- “Alimentar-se” (nove equipamentos, entre os quais: a mesa de comer na cama e o babete);
- “Andar” (quatro equipamentos, entre os quais: a bengala e o andarilho);
- “Arranjar-se” (dois equipamentos: o espelho inclinável e o pente de cabo longo);
- “Tomar banho” (sete equipamentos, entre os quais: a barras de apoio para banho e o antiderrapante);
- “Usar cadeira de rodas” (três equipamentos, entre os quais: as rodas anti queda e a rampa);
- “Elevar-se” (quatro equipamentos, entre os quais: a almofada elevatória e o apoio de pés);
- “Usar o sanitário” (doze equipamentos, entre os quais: o alteador de sanita e a barra de apoio de sanitário);
- “Tomar a medicação” (dez equipamentos, entre os quais: a caixa de comprimidos e a caneta de insulina);

- “Transferir-se” (seis equipamentos, entre os quais: o *transfer* leito-cadeira e o elevador de transferência);
- “Vestir-se” (cinco recursos, entre os quais: a calçadeira de cabo longo e o abotoador);
- “Virar-se” (dez equipamentos, entre os quais: o colchão anti úlcera de pressão e as grades de apoio/segurança);
- Recursos complementares (sete equipamentos, entre os quais: o dispositivo de chamada e o enfiar agulhas. A estes ainda poderiam ser acrescentados mais dois não contemplados anteriormente).

Em relação a estes equipamentos, agrupados em função da respetiva associação aos diferentes domínios do autocuidado, cada um deles era passível de avaliação quanto: à respetiva necessidade para a pessoa dependente ou para o cuidador familiar; à sua efetiva utilização; quanto ao interesse na sua posse; e, ainda, às razões que estariam na base da sua não utilização. Não obstante o elevado número de equipamentos que integravam o subformulário, foi, desde o início, estabelecido pela equipa de investigação que não se procederia a uma avaliação sistemática de cada um dos equipamentos, menos ainda de todos os parâmetros antes referidos. Na verdade, seria destituído de interesse avaliar a utilização do “adaptador de talheres” se a pessoa não tivesse qualquer dependência para se alimentar. Assim, apesar todos os equipamentos serem apresentados de forma idêntica, a avaliação de um dado equipamento e dos respetivos parâmetros, seguiu um guião próprio.

Antes de mais, a avaliação incidia nos equipamentos referentes aos domínios do autocuidado em que o familiar apresentava dependência. A necessidade de cada um desses equipamentos deveria ser ajuizada, durante a entrevista, pelo investigador (enfermeiro) em razão do nível de dependência e/ou das limitações do cuidador familiar para assegurar a necessária assistência, através do recurso a uma escala dicotómica tipo “sim” ou “não”.

Todos os equipamentos considerados necessários pelo investigador também deveriam ser avaliados (junto da pessoa dependente ou do cuidador familiar) quanto à respetiva utilização. Tal como na situação anterior, esta avaliação realizava-se através de uma escala dicotómica tipo “sim” ou “não”.

Nos casos em que o equipamento, sendo necessário, não fosse utilizado, deveria avaliar-se se o mesmo era desejado (recorrendo, para o efeito, ao mesmo tipo de escala antes referido) e apurar-se as razões que pudessem estar na origem dessa não utilização. Para esta última avaliação, recorreu-se a uma escala nominal em que cada um dos cinco valores representava uma razão para a não utilização: “desconhece acesso”; “económicas”; “desconhece funcionamento”; “limitações residência”; e, “outras”.

Em relação aos equipamentos integrados como “outros recursos” procedeu-se de forma análoga à descrita anteriormente.

Os recursos a que a pessoa dependente ou o cuidador familiar poderiam ter acesso foram organizados em torno de quatro tópicos principais: recursos profissionais; recursos não profissionais; serviços (de saúde e de apoio); e, recursos financeiros (fontes de rendimento). A título de exemplo, apresentam-se alguns dos recursos que integravam estes quatro agrupamentos (e que foram incluídos no subformulário como “outros recursos”):

- Recursos profissionais (seis recursos, entre os quais: o enfermeiro e o médico. Existia ainda a opção “outro”);
- Recursos não profissionais (quatro recursos, entre os quais: o vizinho e a empregada. Existia ainda a opção “outro”);
- Recursos institucionais (dezasseis recursos, entre os quais: o centro de saúde/USF e o 112 INEM);
- Recursos financeiros (treze recursos, entre os quais: a pensão/reforma; o rendimento solidário para idosos (RSI); e, o subsídio de desemprego. Existia ainda a opção “outra situação”).

Estes recursos eram apresentados em listas fechadas (com a inclusão de “outros”) e a respetiva utilização avaliada através de uma escala dicotómica do tipo “sim” ou “não”.

O elevado número de equipamentos avaliados sugeria uma apreciação menos detalhada mas mais operacional, através da aglutinação de alguns deles em novas variáveis. Porém, a estatística descritiva, entretanto realizada, demonstrou, em relação aos equipamentos avaliados no âmbito dos domínios do autocuidado e dos “outros recursos”, que existiam algumas incongruências que importava corrigir. Em relação aos recursos que os investigadores (enfermeiros) consideraram não serem necessários e nas situações em que não existia informação em relação à sua necessidade (ou seja, nos casos em que não se justificava que os sujeitos se pronunciassem sobre se o utilizavam, se o desejam ou sobre as razões da não utilização) transformaram-se os valores das variáveis abrangidas pelas condições referidas em “sem informação”. Por outro lado, deu-se conta de que a variável “desejado” (o recurso) não fazia sentido como variável nominal autónoma, já que, de facto, quando assume o valor “sim” nada acrescenta às variáveis “necessário” ou “utilizado”, enquanto, quando assume o valor “não”, mais não é do que uma razão para não ser utilizado. Assim, integrou-se a variável “desejado” – quando o respetivo valor era “não” – no conjunto das razões para a não utilização, ou seja como um dos valores da variável nominal “razões da não utilização”.

Concluída esta etapa preliminar, evoluiu-se para a computação de novas variáveis em quatro grandes áreas: equipamentos considerados necessários; equipamentos utilizados; taxa de utilização dos equipamentos considerados necessários; e, razões da não utilização dos

equipamentos considerados necessários. Em cada uma destas áreas, foram considerados onze domínios; dez referentes ao autocuidado (“alimentar-se”; “andar”; “arranjar-se”; “tomar banho”; “posicionar-se”; “tomar a medicação”; “usar o sanitário”; “transferir-se”; “vestir-se”; “virar-se”) e um que engloba todos os equipamentos complementares não avaliados nos domínios do autocuidado e não incluídos como recursos: financeiros; institucionais; não profissionais ou profissionais.

Na área dos equipamentos considerados necessários, transformaram-se as variáveis originais (nominais), relativas a cada um dos domínios do autocuidado, numa nova variável intervalar por cada um desses domínios. Deste processo resultaram as dez novas variáveis do tipo: “equipamentos considerados necessários para alimentar-se”. A cada uma das novas variáveis foi atribuído o valor corresponde à contagem do número recursos identificados como necessários, nesse domínio do autocuidado.

Para a área dos equipamentos utilizados, procedeu-se de modo análogo, transformando as variáveis nominais, relativas a cada um dos domínios considerados, numa nova variável intervalar, por cada um desses domínios. Deste processo resultaram também dez novas variáveis do tipo: “equipamentos utilizados para alimentar-se”. De igual modo, a cada uma destas variáveis foi também atribuído o valor corresponde à contagem do número recursos utilizados (de entre os necessários), nesse domínio do autocuidado.

Em relação à taxa de utilização de equipamentos considerados necessários, criaram-se, para cada um dos domínios do autocuidado, dez novas variáveis intervalares com denominações do tipo: “taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para alimentar-se”. Estas novas variáveis resultaram das variáveis anteriormente transformadas relativas aos equipamentos considerados necessários e aos equipamentos utilizados, referentes ao mesmo domínio do autocuidado (no caso do exemplo anterior, a partir das variáveis “equipamentos considerados necessários para alimentar-se” e “equipamentos utilizados para alimentar-se”). A cada uma das novas variáveis foi atribuído um valor que resultou da razão entre os valores da variável relativa aos recursos utilizados (numerador) e da variável relativa aos recursos considerados necessários (denominador), que lhe deram origem, a multiplicar por 100. Deste modo, a nova variável intervalar pode assumir um valor entre 0 e 100.

Para se dispor de uma referência global da taxa de utilização dos equipamentos considerados necessários, para cada caso da amostra, computou-se uma nova variável que se denominou “taxa de utilização dos recursos”. Esta variável intervalar resultou da transformação de todas as variáveis referentes a taxas de utilização dos recursos nos diferentes domínios do autocuidado considerados (*e.g.* “taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para alimentar-se”). A esta nova variável foi atribuído o valor resultante da média dos valores das variáveis que

lhe deram origem (taxas de utilização dos equipamentos de cada um das diferentes domínios). Assim, o valor desta nova variável poderia variar entre 0 e 100.

No âmbito de cada um dos dez domínios do autocuidado já referidos, procedeu-se também à determinação do peso de cada uma das razões para a não utilização de recursos considerados necessários (incluindo já a “não deseja”). Por exemplo, para o domínio do autocuidado “alimentar-se”, calcularam-se valores para: “desconhece a forma de aceder aos equipamentos – alimentar-se”; “económica – alimentar-se”; “desconhece a forma de funcionamento – alimentar-se”; “limitações da residência – alimentar-se”; “não deseja – alimentar-se”; “outras razões – alimentar-se”. O valor atribuído correspondia ao somatório do número de casos que apresentavam a mesma razão para a não utilização de recursos considerados necessários, nesse domínio do autocuidado. Deste modo, o valor calculado poderia variar entre zero (se a razão em causa não é indicada como fundamento para a não utilização de nenhum recurso necessário no mesmo domínio do autocuidado) e o número máximo de recursos considerados necessários nesse domínio do autocuidado (se a razão em causa é indicada como fundamento para a não utilização de todos esses recursos).

Depois, procedeu-se de modo análogo para calcular o valor global (relativo ao conjunto dos domínios do autocuidado) das razões para a não utilização dos recursos considerados necessários. Assim, a cada uma das seguintes razões: “desconhece a forma de aceder ao equipamento”; “razões económicas”; “desconhece a forma de funcionamento”; “limitações da residência”; e, “não deseja” (desconsiderou-se, por falta de relevância, a variável “outras razões”), foi atribuído o valor corresponde ao somatório do número de casos que, no conjunto de todos os domínios do autocuidado, apresentavam essa mesma razão para a não utilização de recursos considerados necessários. De modo análogo, o valor poderia variar entre zero e o número máximo de recursos considerados necessários no conjunto dos domínios do autocuidado.

2.1.2.5. Perfil de cuidados prestados pelos cuidadores familiares

Os cuidados assegurados pelo cuidador familiar ao membro da família dependente foram avaliados através de um subformulário, com diferentes tipos de questões, construído para o efeito.

A maioria das questões estava centrada na ação do cuidador familiar, considerando-se nesta ação duas dimensões principais: uma em que predomina uma componente de execução do autocuidado da pessoa dependente (fazer ou ajudar a fazer algo ao familiar que este não pode realizar sozinho, *e.g.* “dá os alimentos à boca ao seu familiar”) e outra em que prepondera uma componente de promoção do autocuidado (estimular, incentivar o familiar dependente a realizar algo que tem dificuldade em levar a cabo sozinho, *e.g.* “incentiva o seu familiar a comer sozinho?”). Para além destas duas dimensões, existiam também questões que avaliavam a existência de ações realizadas

de forma incorreta ou de omissões importantes nas atividades de tomar conta realizadas pelo cuidador familiar, como por exemplo “costuma esquecer-se da dose/administração de algum medicamento?”. A generalidade das questões foi avaliada através de uma escala ordinal com três *scores*: 1 – “sempre”; 2 – “às vezes”; e, 3 – “nunca”.

Para além dos cuidados acima referidos, a realização de outros foi avaliada através de questões em que se procurava determinar um valor numérico (variáveis intervalares). Este valor, em função da regularidade esperada para o correspondente cuidado, era sempre reportado ao dia, ou à semana ou ao mês, conforme se exemplifica a seguir: “quantas refeições fornece ao seu familiar?” (dia); “com que frequência dá banho ao seu familiar?” (semana); “com que frequência arranja as unhas ao seu familiar?” (mês).

Com o intuito de avaliar quem era o principal decisor em matéria de cuidados e quais os locais onde decorriam alguns desses cuidados prepararam-se algumas questões com respostas predefinidas pela equipa de investigadores, em função do conhecimento que estes detinham sobre as práticas mais comuns na prestação de cuidados por familiares (variáveis nominais). Com a inclusão de um valor “outra” procurou-se salvaguardar uma alternativa ao leque de respostas fechadas apresentado. Por exemplo, para a questão “quem escolhe a roupa que o seu familiar vai vestir?” eram apresentadas três opções de resposta: a pessoa “dependente”; o “prestador de cuidados”; e, “outro”. E, para a questão: “normalmente, em que local o seu familiar faz as refeições?” as respostas sugeridas eram: “na cama”; “na sala de jantar/cozinha”; e, “outro”.

As diferentes questões do subformulário foram, depois, desagregadas e alocadas no formulário geral, de acordo com a organização geral deste. Sempre que possível, as questões foram incluídas nas secções referentes aos diferentes domínios do autocuidado. As restantes questões, cujo propósito central da ação não era consonante com um dos domínios do autocuidado, foram agrupadas numa secção denominada “cuidados complementares”.

Posteriormente, já na fase de análise dos dados, verificou-se que a informação fornecida pelas diferentes variáveis ilustrava a intervenção dos cuidadores familiares junto das pessoas dependentes, mas não permitia a realização de análises que relacionassem esses cuidados prestados com outras variáveis globais a que antes se fez referência. Por outro lado, a estatística descritiva deixou clara a importância das duas principais dimensões nos cuidados assegurados pelo cuidador familiar (a que antes se fez referência): uma mais centrada na execução das ações de autocuidado da pessoa dependente e outra mais centrada no estímulo e no incentivo à pessoa dependente para que esta realize o autocuidado. A existência – transversal aos diferentes domínios do autocuidado – destas duas dimensões sugeriu a transformações de algumas das variáveis originais em duas novas variáveis, uma por cada dimensão: a “intensidade”, abrangendo as ações de autocuidado realizadas pelo cuidador

familiar em substituição da pessoa dependente; e, a “incentivo”, relativa às ações do cuidador familiar mais dirigidas à promoção do autocuidado.

Intensidade dos cuidados

Num primeiro tempo, as diferentes variáveis intervalares referentes aos cuidados executados no âmbito de cada um dos tipos de autocuidado (e.g. “quantas refeições fornece ao seu familiar” ou “com que frequência arranja as unhas ao seu familiar”) foram transformadas em novas variáveis nominais dicotômicas. Por este processo, foram criadas vinte e seis novas variáveis como por exemplo: “refeições/dia”, “arranja unhas/mês” ou “assiste na deambulação/dia”. Cada uma destas variáveis podia assumir, em razão da frequência registada na variável original, dois valores, 1 ou 2. O valor 1 foi atribuído aos casos em que os cuidados do cuidador familiar eram menos frequentes, enquanto o valor 2 foi atribuído aos casos em que os cuidados eram mais frequentes, de acordo com os procedimentos a seguir descritos.

Quando a variável de origem avaliava a frequência absoluta dos cuidados através de um número, para a atribuição na nova variável de um ou outro valor, procedeu-se ao cálculo do percentil 50 da variável em apreciação, atribuindo à nova variável o *score* mais baixo (1) sempre que o valor da variável de origem fosse inferior ou igual ao referido percentil e o valor mais alto (2) aos restantes casos. Por exemplo, para a variável “refeições/dia”, como o percentil é 4, o *score* 1 foi atribuído aos casos com quatro ou menos refeições por dia e o *score* 2 aos casos com mais de quatro refeições por dia.

Para se obter uma variável que representasse a vertente da intervenção dos prestadores de cuidados mais centrada na execução de cuidados em substituição ao familiar dependente, num segundo tempo, agregaram-se as 26 variáveis anteriores numa única variável denominada “intensidade”. A esta nova variável foi atribuído o valor igual à média dos valores das variáveis de origem já computadas (a que antes se fez referência); ou seja, o valor da “intensidade” podia variar entre 1 e 2, sendo que este último valor representa a maior intensidade de cuidados, ou seja, traduz uma prática do cuidador familiar em que este realiza, com elevada frequência, os cuidados englobados nesta variável.

Cuidados de incentivo

Em relação à dimensão da ação do cuidador familiar mais centrada no estímulo ao familiar dependente, transformaram-se as treze variáveis originais que referiam ações do cuidador familiar de encorajamento à realização das atividades de autocuidado pelo familiar dependente, como por exemplo: “incentiva o seu familiar a comer sozinho”, “incentiva o seu familiar a lavar as zonas do corpo de que é capaz”, “incentiva o seu familiar a sentar-se”, numa variável intervalar denominada “incentivo”.

Como se constatou que a ordem de apresentação dos valores da generalidade das variáveis relativas à ação de incentivar e de estimular não seguia o princípio geral estabelecido (ordenado do que é pior para o que é melhor), procedeu-se à necessária transformação da ordenação do *scores* dessas variáveis (e.g. a variável “incentiva o seu familiar a comer sozinho” passou a ter a seguinte ordenação dos respetivos *scores*: 1 – nunca; 2 – às vezes; 3 – sempre).

De seguida foi atribuído à nova variável o valor correspondente à média dos valores das variáveis que lhe deram origem. Dado que o valor das variáveis de origem podia variar entre 1 e 3, o valor da variável “incentivo” poderia variar entre os mesmos valores, sendo que 3 representa a frequência máxima possível das ações de estímulo e de encorajamento, por parte do cuidador familiar, para que a pessoa dependente realize o seu autocuidado.

2.2. População e amostra

A população de um estudo é “*uma agregação total de casos que preenchem um conjunto de critérios especificados*” (Polit, Beck & Hungler, 2006:224). Por seu turno, o INE assume um conceito similar “*conjunto de todos os elementos (pessoas, entidades, objetos ou acontecimentos) com uma dada característica comum*” (Instituto Nacional de Estatística, 2005:60).

No caso do presente estudo, definiu-se como população-alvo – população objeto de estudo (Instituto Nacional de Estatística, 2005) –, no primeiro momento, as famílias residentes no concelho do Porto e, no segundo momento, um subconjunto daquelas, constituído pelas famílias que integravam membros dependentes no autocuidado.

No estudo, recorreu-se a diferentes unidades estatísticas como *agentes* (família, membro dependente no autocuidado e cuidador familiar), *acontecimentos* (as ações com origem nos agentes) e *elementos* (recursos geridos pelos agentes) (Instituto Nacional de Estatística, 2005).

Foram estabelecidos alguns critérios de elegibilidade para a inclusão das famílias em que se pretendia estudar o fenómeno. Esta necessidade – de delimitar a população que interessa – decorre da indispensabilidade de se conhecer a quem poderão vir a ser generalizados os resultados do estudo. No caso vertente, a partir de uma população alvo, constituída por todas as famílias clássicas com alojamento no concelho do Porto, procedeu-se – pela aplicação de critérios de inclusão e de exclusão – à demarcação de um agregado específico de elementos que obedecesse às particularidades estabelecidas (população de acesso) a que a seguir se faz referência. Só tendo, à partida, conhecimento da área geográfica onde se iria processar a recolha de dados e do número de famílias a contactar, todos os demais critérios foram previamente

estabelecidos, porém, só aplicados aquando do contacto direto dos investigadores com os respondentes, em dois momentos sucessivos.

No primeiro momento (aplicação do formulário preliminar), como todas as famílias clássicas a residirem no concelho do Porto integravam a população de acesso, foi necessário assegurar que se tratava de um alojamento onde residia, pelo menos, uma família clássica. Para este momento foi estabelecido um único critério para a exclusão da família clássica contactada:

- O respondente ter idade inferior a 18 anos.

Num segundo momento (aplicação dos restantes formulários), foram estabelecidos os seguintes critérios suplementares para a inclusão ou a exclusão das famílias que integravam membros dependentes no autocuidado e/ou que tinham um parente próximo institucionalizado:

- Critérios de inclusão das famílias clássicas:
 - A família clássica integrar um ou mais membros da família dependentes no autocuidado;
 - Um dos membros da família ter um ou mais parentes próximos, institucionalizados, com dependência no autocuidado.
- Critério de exclusão das famílias clássicas:
 - O membro da família dependente no autocuidado ser uma criança e a dependência estar associada ao respetivo processo de desenvolvimento e crescimento.

Estabelecida a população, e considerando a sua dimensão, tornou-se necessário proceder à seleção (plano de amostragem) de um subconjunto dos elementos – amostra – sobre quem iria recair a recolha de dados. A generalidade dos autores reconhece, não só a importância mas, também, a dificuldade de que se reveste a definição da amostra, nomeadamente ao nível da sua representatividade face à população de onde será extraída.

2.2.1. Características da amostra

De acordo com o desenho da investigação, foram definidas duas amostras distintas, uma em cada um dos momentos do estudo. A amostra do segundo momento foi selecionada a partir das unidades amostrais (famílias clássicas) que integraram o primeiro momento. Esta situação poderia indiciar que se está perante uma amostra longitudinal. Porém, de facto, trata-se de duas amostras independentes já que não foi considerada qualquer relação temporal entre as ocorrências das duas operações estatísticas (do tipo *antes e depois*) no estudo do fenómeno. Assim, entende-se que os dados serão do tipo transversal, já que, como definem as orientações metodológicas do INE, em cada um dos momentos, está prevista uma “*amostra independente para cada uma das ocorrências da operação estatística*” (Instituto Nacional de Estatística, 2005:59).

2.2.2. Dimensão da amostra

A dimensão da amostra do primeiro momento do estudo foi estimada a partir das 100 696 famílias clássicas identificadas no concelho do Porto, no Censos 2001 (Instituto Nacional de Estatística, 2002). No segundo momento, a amostra foi constituída por todos os casos em que a ocorrência se verificou no primeiro momento (famílias com membros/parentes dependentes no autocuidado), que aceitaram participar. Se neste segundo momento se procurou que a amostra fosse constituída pela totalidade dos casos identificados, no primeiro momento, e por exigência dos estudos quantitativos que se pretendem representativos e com elevado potencial de inferência para a população de origem, recorreu-se a uma amostra extensa, que desse as necessárias garantias de robustez. Procurou-se, deste modo, garantir uma resposta favorável perante três possibilidades colocadas por Jekel e colaboradores (1999): a de existir uma grande variação na população em estudo; a de obter respostas muito próximas do valor real na população; e, a de detetar diferenças muito pequenas na população.

Como a população em estudo, no primeiro momento, é superior a cem mil famílias clássicas, constitui-se, para autores como Gil (2007), um universo infinito. Este autor preconiza, para populações desta ordem de grandeza, a utilização de uma fórmula que, quando aplicada com um nível de confiança de 95% e um erro máximo de 2%, sugere uma amostra 2500 agentes. Porém, para este estudo a equipa de investigação optou por recorrer à fórmula de Lwanga e Lemeshow (1991:25). Esta fórmula de cálculo para a determinação da amostra é preconizada por Beaglehole e colaboradores (2006:53) para estudos de saúde sob a égide da OMS. Através da fórmula $n = \frac{z^2 \times p(1-p)}{d^2}$ calculou-se o n (famílias da amostra), considerando: o z (valor da distribuição normal *standard* para o nível de confiança) de 1,96 (correspondente a um nível de confiança de 95%; o p (proporção esperada de prevalentes) de 0,5 (como a prevalência do fenómeno é desconhecida, assume-se o valor de 50%, assegurando, assim, a maior dimensão amostra requerida para o estudo); o d (erro de precisão) de 0,02 (correspondente a um erro máximo de precisão de 2%). Aplicada a fórmula, a dimensão da amostra calculada é de 2401 famílias clássicas.

2.2.3. Plano de amostragem

Atendendo à natureza epidemiológica e ao carácter descritivo e correlacional do estudo, optou-se por um plano de amostragem probabilístico. Este plano de amostragem “*envolve a seleção aleatória de elementos da população*” (Polit, Beck & Hungler, 2006:230), em que “*cada unidade do universo em estudo tem a mesma calculável e não nula probabilidade de ser selecionada*” (Burgess, 1997:59). Este plano de amostragem, que tem a vantagem de “*reduzir o erro de amostragem e de aumentar a representatividade*” (Cochran, 1977; Fortin, 2009:315), é “*o único método confiável de obtenção de amostras representativas em estudos quantitativos*”

(Polit, Beck & Hungler, 2006:233). Apesar de se tratar de uma metodologia relativamente onerosa e exigente, apresenta a vantagem de permitir estimar o grau de erro, o que, para Polit, Beck e Hungler (2006), constitui uma vantagem assinalável.

Entre os modelos de amostragem probabilística, optou-se pela constituição de uma amostra aleatória estratificada. Esta opção permite consolidar a representatividade da amostra (Cochran, 1977; Polit, Beck & Hungler, 2004; Aguiar, 2007), nomeadamente, porque *“a população é dividida em subconjuntos homogéneos dos quais os elementos são selecionados aleatoriamente”* (Polit, Beck & Hungler, 2006:233). Cada um dos subconjuntos (estrato ou conglomerado) em que a população foi dividida *“contém os elementos da população que, relativamente às características requeridas pelo inquérito, devem apresentar a maior heterogeneidade possível”* (Instituto Nacional de Estatística, 2005:49).

Para a desagregação por estratos (ou conglomerados) recorreu-se à informação disponível no Censos 2001 (Instituto Nacional de Estatística, 2002). Assim, constituiu-se como variável estratificante a freguesia de residência.

Como sugerem Polit, Beck e Hungler (2006), a amostra foi obtida proporcionalmente (em relação ao tamanho de cada um dos estrato). Neste quadro, procedeu-se a uma distribuição proporcional das famílias pelas freguesias em função do peso relativo de cada uma destas no conjunto das famílias clássicas do concelho do Porto, constantes do Censos 2001.

Quadro 2. Dados relativos ao recenseamento das famílias clássicas do concelho do Porto (Censos 2001)

Freguesia	Famílias	
	n.º	%
Aldoar	4 770	4,74%
Bonfim	11 925	11,84%
Campanhã	13 786	13,69%
Cedofeita	10 269	10,20%
Foz do Douro	4 388	4,36%
Lordelo do Douro	7 840	7,79%
Massarelos	3 089	3,07%
Miragaia	1 111	1,10%
Nevogilde	1 892	1,88%
Paranhos	19 294	19,16%
Ramalde	13 735	13,64%
Santo Ildefonso	4 512	4,48%
São Nicolau	1 075	1,07%
Sé	1 880	1,87%
Vitória	1 130	1,12%
Porto	100 696	100,00%

Para determinar a dimensão dos conglomerados e a desagregação da amostra para o estrato: *freguesia*, foi considerado o peso de cada uma delas no conjunto das famílias clássicas do concelho do Porto, a partir dos dados apresentados no quadro 2 e constantes no Censos 2001 (Instituto Nacional de Estatística, 2002)

No segundo momento, não se recorreu a qualquer técnica de amostragem já que a amostra foi constituída por todos os casos identificados no primeiro momento que, salvaguardados os critérios de inclusão e de exclusão, aceitaram participar.

2.2.4. Seleção da amostra

Para o processo de seleção das famílias clássicas que integrariam a amostra, aproveitaram-se as potencialidades criadas pela crescente utilização dos Sistemas de Informação Geográfica (SIG). Para o efeito, recorreu-se a uma ferramenta informática: o ArcGIS®. Este aplicativo seleciona, por um plano de amostragem areolar, uma amostra geograficamente representativa da área cujas características estão em estudo. A amostragem areolar (também conhecida por “*Spatial Sampling*”, “*Area Frame Sampling*” ou Amostragem espacial) inscreve-se nos métodos de amostragem probabilística e tem por base um sistema de identificação de unidades da amostra a partir de imagens de satélite de muito grande resolução espacial. Estas unidades, que podem ser pontos, linhas ou segmentos, representam partes da área geográfica em estudo (Schoenmakers, 2005).

Admitindo que existem algumas características semelhanças entre famílias que vivem próximas (características essas que lhes dão alguma identidade), optou-se por utilizar, como unidade da amostra, segmentos que correspondessem a bairros. Estes segmentos foram selecionados, no respeito do plano de amostragem estabelecido, aleatoriamente. A opção pelo bairro como unidade de amostra representou ainda uma vantagem considerável no processo de recolha de dados já que, numa área relativamente restrita, poderiam ser contactadas várias famílias. Deste modo, para a constituição da amostra, não só se superou, em larga medida, os constrangimentos decorrentes dos “toques de campainha” não atendidos, como se limitou o número de deslocações dos investigadores e se reduziu a distância percorrida nas mesmas.

Para a concretização deste processo, recorreu-se à Base Geográfica de Referenciação de Informação (BGRI). A BGRI é uma base de dados georreferenciáveis que, a partir da informação estatística existente, tem vindo a ser desenvolvida com a participação do INE. Esta base de dados que cobre, de forma integral e homogénea, todo o território nacional é, para o INE, um “*instrumento inovador para suporte às metodologias de recolha, gestão, controle e difusão da informação, eliminando diversos constrangimentos existentes, aumentando a eficiência e qualidade dos processos de produção estatística*” (Instituto Nacional de Estatística, 2001).

Assim, a partir dos dados do Censos 2001 relativos à distribuição geográfica das famílias clássicas e respetiva georeferenciação na BGRI, foi possível, com o apoio do sistema de informação geográfico (ArcGIS®), identificar os quarteirões (subsecções estatísticas na BGRI) em cada uma das freguesias do concelho do Porto e determinar o número de famílias clássicas a contactar em cada um deles. Note-se que, também por razões de manutenção da confidencialidade, a subsecção estatística (quarteirão) constitui o nível máximo de desagregação entre as unidades espaciais, as divisões administrativas (freguesia, concelho, distrito) e os vários níveis da Nomenclatura das Unidades Territoriais Estatísticas (NUTS III, NUTS II e NUTS I) (Geirinhas, 2001). Este processo concretizou-se através das seguintes etapas sucessivas:

- Num primeiro momento, procedeu-se à extração das subsecções do concelho do Porto constantes da BGRI (2001);
- Depois, procedeu-se à ligação (*join*) dos centróides das subsecções do concelho do Porto (quarteirões) com a Carta Administrativa Oficial de Portugal (CAOP);
- A seguir, realizou-se a ligação (*join*) das subsecções do concelho de Porto com a Base de Dados (BD) Famílias da BGRI2001, excluindo-se as subsecções em que o total de famílias clássicas fosse igual a zero (TTFC=0);
- De seguida, a partir dos TTFC≠0, determinou-se o número de famílias clássicas por cada uma das freguesias do concelho do Porto e calculou-se a respetiva (sub)amostra;
- Na posse do número de famílias clássicas a amostrar por freguesia, estimou-se o número de subsecções que seria necessário incluir na amostra geográfica para obter o número desejado de famílias;
- Depois de desagregar o concelho do Porto por freguesias realizou-se, para cada uma delas, uma primeira seleção aleatória simples das subsecções a incluir na amostra geográfica;
- Terminada a primeira seleção, por cada uma das freguesias, determinou-se o TTFC que a integrava;
- Em função do resultado obtido, procedeu-se ao lançamento sucessivo de seleções aleatórias simples até que o total de famílias clássicas atingisse um valor igual ou superior ao número de famílias clássicas calculado para uma das freguesias;
- Concluída a etapa anterior, transformaram-se as coordenadas das amostras de *Datum Lisboa* para *WGS84* e exportaram-se os dados do formato *.shp* para o formato *.kml* e introduziram-se estes no Bing Maps.

2.3. Instrumentos de recolha de dados

A recolha de informação para a aproximação à realidade foi concretizada através da combinação de dois métodos que Polit e Beck (2011:373) denominam: autorrelato (respostas dos sujeitos

participantes a questões formuladas pelo investigador) e observação (constatação direta por parte do investigador de comportamentos, de características e das circunstâncias dos participantes).

Para o efeito, optou-se por uma abordagem estruturada, característica das metodologias quantitativas. Dado que as taxas de resposta são geralmente mais elevadas nos contactos face a face (Polit & Beck, 2011:380) e atendendo a que se pretendia colocar questões aos interlocutores das famílias clássicas, bem como, constatar diretamente a presença ou a ausência de algumas características, optou-se pelo formulário, como instrumento de recolha de dados.

2.3.1. Formulários

Para Marconi e Lakatos (1999), o formulário é um catálogo ou inventário de itens destinado à recolha de dados resultantes, quer da observação, quer da entrevista, cujo preenchimento é feito pelo próprio investigador. Este tipo de inquérito permite uma vasta recolha de dados junto de todos os estratos da população, em matérias complexas e que exigem juízos clínicos, como se verifica nesta investigação. Na verdade, sendo preenchido pelo investigador, o formulário não apresenta a limitação da compreensão da linguagem escrita – vantagem não despreciable quando, como no caso vertente, se trata de uma amostra grande e em que uma parte significativa desta é analfabeta ou pouco alfabetizada – possibilitando, mesmo, que o investigador, em razão da sua presença, preste ou solicite os esclarecimentos necessários à medida que vai recolhendo os dados. A utilização deste tipo de instrumento permite quantificar múltiplos dados e proceder a numerosas análises (Quivy, 1992), possibilitando a realização de análises mais aprofundadas, a descrição de forma mais perspicaz das opiniões e dos comportamentos que se pretende estudar (Ghiglione & Matalon, 1992), o que se coaduna com os objetivos do estudo e se ajusta à extensão da amostra.

A partir das evidências constantes da literatura técnica e da discussão dentro do grupo, a equipa de investigação construiu o formulário “Famílias que integram dependentes no autocuidado”.

O formulário integrava um vasto conjunto de questões a colocar aos representantes das famílias e/ou às pessoas dependentes, bem como, vários itens de observação para o investigador.

Para mensurar algumas das respostas, incorporaram-se, como sugerem Polit e Beck (2011), escalas tipo *Likert* com diferencial semântico e escalas de classificação. Nas primeiras escalas, recorreu-se a um número variável de itens, em que cada um deles traduzia uma declaração correspondente ao diferencial semântico em que se situava o entrevistado. Para as observações, era apresentado, em cada uma das escalas de classificação, um *continuum* descritivo que permitia ao investigador situar a sua observação. Em qualquer dos casos, sempre que este diferencial traduzia uma certa ordenação era atribuída, a cada resposta/observação, uma pontuação entre um e o número máximo de itens.

Grande parte das questões do formulário reportava-se ao momento da recolha (referência pontual), porém, em algumas, em particular nas que guardam relação com o início e o desenvolvimento do processo de dependência, tomou-se o passado com referência (sem qualquer limitação temporal).

O formulário foi elaborado e estruturado numa plataforma informática denominada TELEFORM®. Esta ferramenta, ao permitir registar os dados no formulário com diminuto recurso à escrita e ao possibilitar a posterior leitura ótica desses dados, não só facilita, como acelera, quer o processo de recolha de dados nos contactos com o sujeito, quer a introdução da informação na base de dados. Em estudos – como o caso vertente – com amostras muito grandes e com elevado número de dados a recolher, o recurso a esta ferramenta revela-se de grande utilidade.

Tendo presente que os objetivos do estudo eram muito alargados e que, seguramente, nem todos os respondentes reuniriam condições (nem disposição) para responderem integralmente a todas as questões que o estudo pretendia averiguar, rapidamente se percebeu que constituiria um desperdício de recursos (em particular de papel, na recolha de dados e, posteriormente, de equipamentos e de tempo, no tratamento da informação) a apresentação do formulário num único documento. Assim, optou-se por dividir fisicamente o formulário em três partes, mantendo, contudo, a integridade referencial entre as partes respeitantes à mesma família. Para este último efeito, estabeleceu-se um sistema de unívoco numérico de codificação com sete dígitos (o primeiro para distinguir a cidade, os dois seguintes para a freguesia e os últimos para o número de ordem de resposta). O conteúdo de cada uma das três partes foi definido em função dos objetivos das questões, não descurando, contudo, o aproveitamento do espaço disponível. O formulário foi, assim, organizado em três partes autónomas: Parte I - Inquérito preliminar/caracterização; Parte II - Formulário PCD (Prestador de cuidados/dependente); e, Parte III - Formulário PPD (Parente próximo dependente).

Parte I - Inquérito preliminar

A parte I do formulário integrava o denominado inquérito preliminar, ou seja, as questões que permitiriam proceder ao levantamento das famílias com pessoas dependentes no autocuidado e/ou cujos membros tinham parentes próximos, na mesma condição, institucionalizados. Cientes das dificuldades com que os investigadores se confrontariam para conseguirem a atenção e a disponibilidade dos inquiridos, optou-se por iniciar a abordagem das famílias, através de um contacto tão breve quanto possível mas que, simultaneamente, garantisse a informação desejada. Para o efeito, foi construído um questionário estruturado, basicamente, com cinco questões fechadas. A primeira visava, antes de mais, confirmar a aceitação por parte do respondente, da participação no estudo. Com as duas seguintes, pretendia-se saber se algum dos membros da família que coabitava no alojamento era dependente no autocuidado (de pessoas e/ou de

equipamentos). Com a quarta questão pretendia-se saber se algum familiar estava institucionalizado (num lar ou outra instituição da saúde). A última questão tinha por propósito avaliar a disponibilidade dos sujeitos – que reunissem condições para integrar a amostra – para continuarem a participar no estudo, respondendo às partes seguintes do formulário. Como se depreende, consoante a resposta, a entrevista poderia, depois de algumas questões, terminar de imediato ou continuar para a questão seguinte. No caso da resposta à última questão do inquérito preliminar ser afirmativa (aceitar continuar a responder), evoluía-se para as secções seguintes (ainda na Parte I). Nestas secções procedia-se à caracterização sumária: do alojamento (tipo de edifício, condições de habitação, etc.); da família (tipo, número de membros, rendimentos, etc.); e, conforme fosse o caso, do cuidador familiar e/ou do parente da pessoa dependente institucionalizada (idade, estado civil, parentesco, profissão, etc.).

De acordo, com as respostas às questões do inquérito preliminar, seria aplicada a parte II e/ou a parte III.

Parte II - Formulário Prestador de Cuidados Dependente (PCD)

Com a parte II do formulário pretendia-se recolher informação para a caracterização das pessoas dependentes, da situação de dependência e da respetiva condição de saúde, bem como, dos cuidados garantidos pelo cuidador familiar, dos equipamentos e dos recursos considerados necessários e utilizados na assistência ao familiar dependente e, ainda, a autoeficácia percebida no desempenho do papel de cuidador familiar.

Em razão da grande quantidade de informação a recolher, preferiram-se as questões fechadas com respostas dicotómicas (“sim” ou “não”) ou escalas, a questões abertas. Por outro lado, procedeu-se a estruturação global da apresentação e da sequência das questões, com vista a sistematizar e a facilitar o processo de recolha de dados, quer através da entrevista, quer através da observação. Deste modo, depois de um conjunto de questões para caracterização da pessoa dependente (idade, escolaridade, causa da dependência, episódios de internamento, número de fármacos, etc.), eram apresentadas onze secções, uma por cada domínio do autocuidado. Dentro de cada secção, era avaliado, em relação ao respetivo autocuidado, o nível de dependência para a realização de um conjunto de atividades associadas, os cuidados prestados pelo cuidador familiar, os recursos utilizados, bem como, a respetiva autoeficácia no desempenho do papel nesse mesmo domínio do autocuidado. Num momento seguinte, e já sem nenhuma relação direta com as diferentes áreas do autocuidado, eram avaliados, ainda, os denominados cuidados complementares assegurados pelo cuidador familiar e os recursos complementares utilizados. O formulário terminava com a avaliação da condição de saúde do familiar dependente.

Parte III - Formulário Parente Próximo Dependente (PPD)

A parte III destinava-se à recolha de informação para conhecimentos das circunstâncias que poderão ter determinado a institucionalização de um familiar, bem como, da avaliação que os familiares fazem desse processo de institucionalização.

Para além de uma caracterização global do parente institucionalizado (idade, estado civil, parentesco, nível de escolaridade, etc.) e, se presente, do quadro de dependência, averiguavam-se as dimensões que pudessem ter sido determinantes para a decisão de institucionalização (instalação prévia de um quadro de dependência, coabitação, falta de apoios, etc.) e que permitissem, ainda, caracterizar essa institucionalização e a manutenção da mesma (tipo e qualidade da instituição, pagamento dos custos, etc.).

2.3.2. Pré-teste

Na fase de ultimização dos diferentes instrumentos, estes foram, como sugere (Polit, Beck, & Hungler, 2006), revistos criticamente pelos catorze investigadores de Lisboa e do Porto e, ainda, por outros colaboradores e peritos envolvidos no projeto, através de um método apelidado por Goldman (citado por Almeida & Freire, 1997) de *reflexão falada* (*thinking aloud*).

Efetuada as correções necessárias, os instrumentos foram, de seguida, submetidos a um pré-teste realizado no concelho de Vila Nova de Gaia. A escolha desta cidade foi, por um lado, uma opção de conveniência que decorreu da facilidade de acesso à população mas, por outro, admitiu-se que, integrando Vila Nova de Gaia o denominado grande Porto, a realidade daquele concelho não fosse significativamente diversa da deste.

A qualidade dos instrumentos utilizados foi avaliada através de outros estudos autónomos que decorreram em simultâneo, tendo por base, conforme sugerem Polit e Hungler (1995), critérios de validade (mede o que se pretende medir) e de fidelidade (mede com precisão). Dos estudos realizados resultou clara a robustez dos instrumentos, já que ficou evidente a validade do conteúdo (relação dos instrumentos com os conceitos centrais) e a validade de constructo ou conceptual (capacidade de medir o conceito) (Hill e Hill, 2000; LoBiondo-Wood & Haber, 2001; Fortin, 2009; Polit & Beck, 2011).

Quanto à validade de conteúdo, conforme propõem LoBiondo-Wood & Haber (2001), construiu-se um painel de itens, que integrava um vasto leque de conteúdos informativos relevantes e que assentava numa estrutura sólida e coerente, baseado em literatura aceite pela comunidade científica, como a matriz conceptual proposta Schumacher (1995, 1996) e Schumacher e colaboradores (2000), e em classificações com larga utilização entre os enfermeiros, como são os casos da CIPE® (International Council of Nursing, 2006,) e da NOC (Moorhead e colaboradores, 2008).

Em relação à validade de constructo, ou conceptual, foi assegurada, como é exigência de Fortin (2009). De facto, os resultados decorrentes da aplicação do instrumento estão em conformidade com as expectativas teóricas de base que presidiram à respetiva construção.

Em relação à avaliação da dependência no autocuidado, os resultados de Duque (2009) deixam claro a solidez e a coerência das escalas. Por outro lado, os resultados dos estudos já concluídos em Lisboa e no Porto, no âmbito deste programa, confirmam a facilidade da sua utilização, aplicação e interpretação, bem como, a possibilidade de *“descrever as variações na intensidade e os perfis do fenómeno da dependência no autocuidado, quer em contexto de internamento hospitalar, quer em contexto domiciliário, de uma forma consistente com aquilo que era expectável”* (Silva, 2011:49).

Na avaliação da autoeficácia do cuidador familiar, recorreu-se à análise fatorial, enquanto conjunto de técnicas que explica a correlação entre as diferentes variáveis (Pestana & Gageiro, 2008:490), para verificar a existência de relações entre grupos de itens, ou seja, para avaliar as diferentes variáveis que constituem cada um dos fatores. A análise fatorial foi realizada com base nas oito novas variáveis relativas à autoeficácia face aos diferentes domínios do autocuidado, resultantes da computação dos diferentes itens que avaliavam a autoeficácia em cada um desses domínios. Esta análise, aplicado o método de extração de componentes principais, isolou um único fator, com um *eigen-value* superior a 1,00, que explicava 77,24% da variância. Deste modo, e como verifica um dos estudos integrado neste projeto (Queirós, 2012), existindo apenas um fator e estando os itens avaliados a ele associados, considera-se assegurada a validade de constructo do instrumento para a avaliação da autoeficácia do cuidador familiar.

A verificação da validade de critério apresentou algumas dificuldades decorrentes da escassez de medidas de referência para a avaliação dos mesmos constructos.

Para além da validade, foi ainda avaliada a fidelidade dos instrumentos, ou seja, a precisão dos instrumentos de medida (Almeida & Freire, 2008; Fortin, 2009).

Dado que os formulários foram usados num único período (estudo transversal) e essa recolha de dados decorria, em parte, do juízo clínico do investigador, deu-se particular atenção à consistência interna do instrumento, ou seja, à homogeneidade dos respetivos enunciados (Almeida & Freire, 2008). Para a análise da consistência interna, recorreu-se ao índice de *Alpha de Cronbach*, referência incontornável quando estão em causa questões de fiabilidade de uma medida (Marôco & Garcia Marques, 2006). O *Alpha de Cronbach* (α) é uma medida estatística que permite estimar o grau de consistência das respostas dos sujeitos nos itens das escalas e das subescalas.

Em relação à fidelidade dos instrumentos utilizados na avaliação da dependência no autocuidado, quer os resultados do estudo prévio de Duque (2009), quer os resultados deste

projeto já apresentados por Silva (2011), permitem assegurar que a mesma está salvaguardada. Na realidade, apesar de autores como Hill e Hill (2002) e Pestana e Gageiro (2008) só considerarem inaceitáveis valores de *Alpha de Cronbach* inferiores a 0,6, o estudo de Duque para a avaliação da dependência no autocuidado revelou valores de α na ordem de 0,9 (Duque, 2009), enquanto a verificação realizada no âmbito deste estudo (Silva, 2011) com exceção da subescala “usar a cadeira de rodas” ($\alpha=0,881$) e da subescala “tomar a medicação” ($\alpha = 0,904$), todos os restantes apresentam valores de *Alpha de Cronbach* superiores a 0,960, ou seja, com uma consistência interna muito boa.

Este processo de avaliação dos instrumentos utilizados para avaliar a dependência no autocuidado foi complementado com o estudo das correlações interitens, ou seja, o grau de relação entre cada um dos diferentes enunciados (itens) das escalas de avaliação (Fortin, 2009:351). Para o efeito, recorreu-se ao coeficiente de correlação r de Pearson.

Todas as relações entre os itens de cada escala são de sentido positivo, ou seja, todos os itens avaliam o mesmo parâmetro. Quanto aos valores da intensidade das associações, estes variam, de acordo com a tabela proposta por Pestana e Gageiro (2008:181) de “moderadas” (entre 0,4 – 0,69) a “muito altas” (0,9 – 1), o que se constitui como garante de uma consistência interna elevada. Em algumas situações, verificaram-se casos de itens redundantes. Este achado, numa lógica estritamente estatística, deveria levar à revisão das escalas, com supressão dos referidos itens. Contudo, em virtude de estar assegurada a validade (de conteúdo) dos instrumentos e de estar garantida a utilidade clínica dos diferentes itens, a que acresce, ainda, o facto de estarem a decorrer vários estudos que recorriam à mesma escala, entendeu-se como mais adequado diferir o refinamento para momento posterior.

No que diz respeito à avaliação da autoeficácia do cuidador familiar, mantendo-se pertinentes os aspetos gerais já antes referidos a propósito da avaliação do autocuidado, a consistência interna (tal como já se tinha verificado na validação de constructo) foi verificada a partir das variáveis globais computadas para cada uma das diferentes subescalas.

A análise realizada determinou um valor *Alpha de Cronbach* de 0,957, ou seja, um valor que pode ser considerado como uma consistência “muito boa”, Pestana e Gageiro (2008:181). Para autores como Almeida e Freire (2008:186), com valores acima de 0,90 deveria ser ponderada a redução do número de itens. Esta é uma questão que, no desenvolvimento futuro do presente projeto, não deixará de ser devidamente apreciada, porém, face aos objetivos do presente estudo, não coloca em crise a utilização que lhe foi dada.

O coeficiente de correlação r de Pearson, para a análise das correlações interitens de cada uma das escalas de avaliação, permitiu verificar que os itens (valores resultantes da computação) variam no mesmo sentido (as correlações são todas positivas), o que indicia que avaliam o mesmo parâmetro (autoeficácia). A intensidade das diferentes associações, recorrendo, mais

uma vez à tabela proposta por Pestana e Gageiro (2008:181) é, na generalidade dos casos, “alta” (entre 0,4 – 0,69), com alguns casos de “moderada” e um caso de “muito alta” e outro de “baixa”. Deste modo, e como os resultados deste projeto já apresentados por Queirós (2012) também demonstram, é possível assegurar, igualmente, a precisão do instrumento usado para a avaliação da autoeficácia do cuidador familiar.

Em síntese, é possível assegurar, quer a validade, quer a precisão, dos instrumentos a que se recorreu para avaliar o nível de dependência nos diferentes domínios do autocuidado e para avaliar a autoeficácia do cuidador familiar.

2.4. Procedimentos de recolha de dados

Os formulários foram aplicados porta a porta pelos cinco investigadores/enfermeiros (todos com cédula profissional) membros da equipa de investigação, que se encontravam a desenvolver, integrados no projeto referente ao concelho do Porto, dissertações de mestrado. Antes de partirem para o terreno, os referidos investigadores reuniram, por várias vezes, com a equipa de investigação tendo em vista a concertação e, inclusive, o treino, dos diferentes procedimentos relativos ao trabalho de campo. Prepararam-se as equipas de investigação (nunca menos de dois investigadores), agendaram-se as datas, definiram-se os roteiros em função das distâncias e proximidades entre as várias subsecções estatísticas, e estabeleceram-se regras, quer para acautelar a segurança dos investigadores, quer para facilitar a aproximação às famílias da amostra. De facto, aplicado o método de seleção da amostra escolhido, ficou, desde logo, claro que a recolha de dados incluiria algumas zonas da cidade socialmente problemáticas, seja por se tratar de áreas com maiores índices de violência e de criminalidade, seja pela reserva que se admitia poder verificar-se no contacto de populações receosas face à presença e à interação com estranhos.

No intuito de dar a conhecer o trabalho que viria a ser desenvolvido, ainda antes de dar início ao trabalho de campo com as famílias, foi dado conhecimento do estudo à Câmara Municipal do Porto.

O contacto direto com as famílias foi efetuado, no primeiro momento do estudo, através de um representante da família que poderia ser qualquer um dos seus membros, desde que fosse maior de idade (critério consonante com o utilizado no Censos 2001 para o representante das famílias clássicas) (Instituto Nacional de Estatística, 2002). No segundo momento do estudo, o contacto foi efetuado, preferencialmente, com o cuidador familiar principal.

Os formulários, à medida que iam sendo preenchidos, foram codificados com uma chave de números já antes referida e que identificava três elementos: a cidade, a freguesia e o

número de ordem sequencial. Nos casos em que, na mesma família, existia pelo menos um membro dependente no autocuidado e o familiar aceitou passar ao segundo momento, o código manteve-se.

No primeiro momento, sempre que o número de respostas não atingiu os valores estabelecidos para a amostra de uma dada secção, estendeu-se a inquirição às ruas adjacentes da área estabelecida, até se obter aquele número. Esta foi uma ocorrência pontual e inevitável, que se verificou com maior acutilância em zonas antigas e mais degradadas de freguesias, como Cedofeita, que não tendo renovado significativamente o parque habitacional, simultaneamente assistiram a uma redução do número de habitantes, com a consequente diminuição da densidade populacional.

Conforme o planeado, todo o trabalho de campo decorreu no âmbito geográfico do concelho do Porto, entre os meses de julho e setembro de 2009.

As fontes diretas foram complementadas com procedimentos administrativos disponíveis, em particular, os resultados dos Censos de 2001 e 2011 (estes últimos à medida que alguns dados parciais foram sendo disponibilizados pelo INE).

2.5. Métodos de análise e tratamento dos dados

Os dados, uma vez recolhidos, foram objeto de um conjunto de procedimentos dirigidos à garantia da sua robustez, enquanto etapa preliminar da análise.

2.5.1. Preparação dos dados

Terminada a recolha de dados, a equipa de investigação procedeu a uma verificação geral dos formulários de Lisboa e do Porto. Este procedimento permitiu identificar algumas anomalias grosseiras, como a ausência de codificação. Não sendo possível corrigir as lacunas, os formulários indevidamente preenchidos (cerca de uma dezena) foram eliminados.

Depois, procedeu-se à leitura ótica dos formulários através do TELEFORM[®] reader. Se a fase de leitura decorreu sem problemas, já o processamento da informação constante dos formulários revelou-se um processo trabalhoso e moroso. De facto, para aumentar a fiabilidade dos resultados, na parametrização do processo de leitura, tinha-se optado por uma sensibilidade elevada, o que determinou inúmeros processos de revisão de casos em que o aplicativo teve “dúvidas”, algumas das quais só foi possível esclarecer através da consulta dos originais em papel. Entre estes, predominaram os casos de respostas anuladas/alteradas (que exigem sempre uma verificação manual), letras/números escritos numa caligrafia ambígua e/ou a ultrapassar o espaço (caixa) de leitura.

Os dados recolhidos referentes aos concelhos de Lisboa e do Porto foram exportados para uma base de dados na aplicação *Access da Microsoft*®. Neste aplicativo, os dados foram consolidados através de um processo de análise cuidada que permitiu despistar algumas incongruências e lacunas. Apesar destas falhas serem pontuais, exigiram, mais uma vez, a confrontação com a informação existente em papel e a eliminação de um caso por se revelar impossível a respetiva correção.

Os dados consolidados de Lisboa e do Porto foram, posteriormente, exportados para o *PASW Statistics for Windows* (Versão 18.0. Chicago: SPSS Inc.) de modo a que pudessem ser realizados os procedimentos de análise estatística (descritiva e inferencial) adequados, não só a este, mas aos demais estudos que integram o projeto alargado.

2.5.2. Análise dos dados

Para os procedimentos iniciais de análise, foi ainda considerado o conjunto dos dados referentes ao Porto e a Lisboa. Esta opção permitiu tomar para a validação dos instrumentos de recolha de dados um maior número de casos, o que conferiu maior segurança a este processo. Os restantes processos de análise estatística, nomeadamente a análise de *clusters* e a definição de modelos lineares, foram realizados sobre os dados referentes ao concelho do Porto, com o recurso ao aplicativo *IBM SPSS Statistics for Windows* (Versões 19.0 a 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.).

Estatística descritiva

Concluída a validação dos instrumentos, procedeu-se a uma análise sistemática dos dados recolhidos no concelho do Porto, através de diferentes procedimentos estatísticos. Esta análise forneceu padrões e tendências, bem como outra informação relevante, parte da qual é apresentada em capítulo mais adiante. Mais informação foi aprofundada e explorada nos trabalhos realizados pelos demais investigadores que integraram a equipa de investigação.

Para sintetizar e descrever a realidade estudada, recorreu-se à estatística descritiva, designadamente a procedimentos comumente utilizados para o efeito, como medidas de tendência central e dispersão (nomeadamente, médias) e medidas da variabilidade (nomeadamente, o desvio padrão), de acordo com o tipo de mensuração da variável.

Esta informação possibilitou um conhecimento global dos elementos da amostra e uma primeira aproximação a algumas das questões de investigação, como a prevalência de famílias que integram familiares dependentes no autocuidado, no concelho do Porto.

A análise dos dados da estatística descritiva constituiu-se, ainda, como um importante contributo exploratório para a escolha dos procedimentos analíticos a adotar na resposta às questões de investigação.

Estatística inferencial

Para além da estatística descritiva, recorreu-se, também, à estatística inferencial como meio de, com base na lei da probabilidade, tirar conclusões para a população do Porto, a partir dos dados da amostra do estudo. Para o efeito, utilizaram-se diferentes testes estatísticos de hipóteses, adotando, como sugerem autores como Marôco (2010) e Pestana e Gageiro (2000), um nível máximo de significância de 0,05, para o erro tipo I, em todas as análises inferenciais.

Testes paramétricos

Sempre que as variáveis avaliadas apresentavam os respetivos valores, pelo menos, numa escala intervalar, optou-se preferencialmente por testes paramétricos. Necessariamente, esta opção só se concretizou quando estavam assegurados os necessários pressupostos de dimensão da amostra e de distribuição normal da amostra. Para este último efeito, garantiu-se a normalidade da distribuição, designadamente, como sugerem Pestana e Gageiro (2000) para amostras com n igual ou superior a 30, através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* com a correção de *Lilliefors*.

Entre outros, recorreu-se ao Teste t (para testar a significância estatística da diferença entre as médias de dois grupos), à análise de variância (para testar a diferença média entre três ou mais grupos ou, ainda, para testar o efeito de duas, ou mais, variáveis independentes sobre uma variável dependente), à correlação de *Pearson* (para testar a existência de uma correlação entre duas variáveis).

Testes não paramétricos

Quando os dados relativos às variáveis se apresentavam medidos em escalas nominais ou ordinais ou nas situações em que os dados intervalares não verificavam os pressupostos subjacentes aos testes paramétricos, recorreu-se aos testes não paramétricos. Nas variáveis em que foram usados testes não paramétricos, nomeadamente o teste U de *Mann-Whitney* (dois grupos) e teste *Kruskal-Wallis* (três ou mais grupos). Quando se pretendia correlacionar as variáveis intervalares, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* (Pestana & Gageiro, 2000) e respetivo teste de significância. Recorreu-se ainda ao teste de Qui quadrado (para comparar a proporção de casos entre dois, ou mais, grupos independentes).

Análise de clusters

Na parte final do processo de análise dos dados, considerou-se de interesse proceder a uma análise global dos dados disponíveis que permitisse identificar a presença de conjuntos de características que pudessem ser um contributo para compreensão do fenómeno dos cuidados familiares à pessoa dependente. Não sendo possível recorrer a análise fatorial em virtude da

distribuição normal não estar assegurada, optou-se pela análise de *clusters* que é “uma técnica exploratória de análise multivariada que permite agrupar sujeitos ou variáveis em grupos homogêneos relativamente a uma ou mais características comuns” (Marôco, 2010:547). Esta técnica procede aos agrupamentos de sujeitos (casos) tendo por base medidas de semelhança e de dissemelhança entre os sujeitos, numa primeira fase e, posteriormente, entre *clusters*. Considerando as características da análise *TwoStep Cluster* – desenvolvida por Chui e colaboradores (2001) –, nomeadamente, a capacidade de criar *clusters* com base na utilização conjunta de variáveis qualitativas e quantitativas, o processo de seleção automática do número de *clusters* e a capacidade de analisar grandes arquivos de dados de forma eficiente, optou-se por este procedimento para encontrar agrupamentos naturais que, de outro modo, poderiam não ser perceptíveis. Na análise realizada, a medida das semelhanças e dissemelhanças entre dois objetos foi calculada através do procedimento de *Log-likelihood* (sugerido por defeito e admitido por Mooi e Sarstedt (2011) para situações em que todas as variáveis são contínuas). Não se forçou o número de *clusters*, tendo-se, antes, aceitado a sua determinação automática (com limite máximo de 15 agrupamentos). Para este processo de agrupamento recorreu-se, alternadamente, ao critério de informação de Bayes (BIC) e ao critério de informação Akaike (AIC). E, como o primeiro tem alguma tendência para subestimar o número de segmentos e o segundo para o sobrestimar, de seguida, compararam-se os resultados obtidos por ambos os critérios. Os valores mais baixos indicam um melhor ajustamento.

Para identificar quais as variáveis com maior relevância nos dois *clusters* obtidos, procedeu-se à análise da estatística F da ANOVA dos *Clusters* como descrito por Marôco (2010).

Modelos lineares

Com o intuito de aprofundar a análise *TwoStep Cluster* e de evoluir para a definição de um ou mais modelos standardizados que permitissem prever o comportamento individual de cada uma das diferentes variáveis centrais com base nas relações lineares que se estabelecem entre essa variável e as demais variáveis centrais, recorreu-se a modelos lineares incluídos nas análises de regressão. A versão do aplicativo informático⁴ que se utilizou para a análise estatística disponibiliza uma nova funcionalidade que permite a análise pretendida: o *Automatic Linear Modeling*. Dentro dos métodos dos modelos lineares, este procedimento cria um modelo que permite prever o comportamento de uma dada variável (métrica) tomada como alvo face às variações de diferentes variáveis tomadas como preditores. Este método de criação de um modelo *standard* reforça a respetiva estabilidade (*Bagging*) e precisão (*Boosting*). Estes modelos lineares podem ser construídos muito rapidamente, sobretudo quando comparados com outros

⁴ IBM Statistics 19

tipos de modelo (como redes neurais ou árvores de decisão). Como apresentam uma fórmula matemática com pontuação são relativamente simples de utilizar e facilmente interpretáveis.

A preparação dos dados foi realizada automaticamente com um nível de confiança de 95% (valor sugerido como padrão). Para a definição do modelo, a seleção dos preditores relevantes foi realizada através do método *Forward Stepwise*. Este método vai, automaticamente, adicionando variáveis, uma a uma, verificando o efeito que a mesma provoca, removendo as que deixaram de satisfazer os critérios estabelecidos. Como o número de variáveis em análise era de apenas seis, para a inclusão/remoção de preditores foi adotado o critério de informação Akaike⁵ corrigido (AICc). Este critério, que se baseia na probabilidade do conjunto de variáveis em análise dar origem a um modelo através da função de log-verosimilhança e que introduz um fator de correção como modo de penalizar modelos complexos (Turkman & Silva, 2000), é a seleção, por defeito, deste método. Com o AICc, por processos automáticos baseado na Estatística *F*, são incluídos os efeitos com valor de $p < 0,05$ e removidos aqueles que apresentem um valor de $p > 0,1$. Dado o reduzido número de variáveis em análise (seis) não foi definido o número máximo de efeitos a aceitar, nem um limite máximo para o número de etapas na construção do modelo. Dado que se considera que um valor baixo para AIC traduz um melhor ajustamento, no processo de seleção do melhor modelo procura ter-se por objetivo minimizar o AIC (Turkman & Silva, 2000).

Tendo em vista encontrar o melhor modelo preditivo e/ou confirmar a estabilidade dos modelos resultantes da aplicação do método *Forward Stepwise*, realizou-se, com base no mesmo modelo linear, ou seja com a mesma preparação dos dados, a aplicação de outro método de seleção dos preditores, baseado num novo algoritmo: o *Best subsets*. Este método verifica todos os modelos ou, pelo menos, o maior grupo dos modelos possíveis, para, de acordo com o valor do critério (*Criterion*), escolher o melhor modelo. Por defeito, utiliza como critério para a inclusão/remoção de efeitos o *Average Squared Error* (ASE). Este critério controla o melhor ajustamento do modelo através da prevenção do sobreajustamento, recorrendo, para o efeito, a uma subamostra aleatória de aproximadamente 30% da amostra original não usada no modelo de teste.

2.6. Considerações éticas

Os aspetos éticos, estando envolvidos “*no patrocínio da pesquisa, nas relações de pesquisa, na recolha de informação, na análise e na divulgação de dados*” (Burgess, 1997:203), foram considerados e devidamente ponderados nas opções mais sensíveis e problemáticas.

A investigação realizada enquadra-se num percurso académico para a obtenção do grau académico de doutor e inscreve-se num programa mais amplo que envolve outros investigadores

⁵ (Akaike Information Criterion, 1974)

(também eles com projetos enquadrados em percursos académicos) e instituições de ensino superior. Em nenhum momento, o programa, os projetos, os investigadores ou as instituições receberam financiamento, a qualquer título, para a conceção, a implementação ou mesmo para a divulgação dos respetivos resultados.

Sem questões ao nível do financiamento, porque o estudo envolvia pessoas e nunca seria legítimo causar danos aos respetivos direitos e liberdades, foram os aspetos relacionados com a dimensão humana que mereceram atenção particular. Apesar de o desenho do estudo não prever qualquer intervenção dirigida aos participantes no estudo, a recolha de dados exigia o contacto com pessoas no seu domicílio e, eventualmente, a observação do membro da família dependente no autocuidado.

Ainda assim, deu-se prévio conhecimento às entidades municipais da realização do estudo e preparou-se o grupo de investigadores para os aspetos mais sensíveis em matéria de abordagem das pessoas contactadas e de recolha de dados. Este processo foi facilitado pelo facto dos inquiridores serem, simultaneamente, os investigadores e, ainda, enfermeiros. Neste contexto, para além de se ter decidido que os investigadores se deslocariam aos alojamentos em pares, foi elaborado um guião com o procedimento a adotar no contacto com os membros da família.

Na abordagem aos membros da família, os inquiridores apresentaram-se na dupla qualidade de investigadores e de enfermeiros, fazendo-se acompanhar, para o efeito, da respetiva cédula profissional. No respeito pelo direito à autodeterminação das pessoas contactadas, o consentimento para a aplicação de cada um dos formulários foi solicitado verbalmente, após a referida identificação e a explicação sumária do contexto da entrevista, dos objetivos e do interesse do estudo, dos direitos que a todo o tempo lhes assistiam, nomeadamente, o de recusar ou de interromper a entrevista e o de ver garantida, não só a confidencialidade da informação recolhida, mas também o anonimato no tratamento dos dados. Esta opção pelo consentimento oral, sem redução a escrito, encontra previsão normativa, estabelecendo o legislador que, excluídos alguns casos especiais em que esta formalidade é expressamente exigida, o consentimento pode ser expresso por qualquer meio capaz de traduzir uma vontade séria, livre e esclarecida (Código Civil, artigo 219.º, e Código Penal, artigo 38.º). Para esta opção, contribuíram, para além do facto de os inquiridores estarem, por força do seu título profissional, obrigados ao respeito das exigências éticas e deontológicas, ainda o entendimento de que a exigência de um documento escrito poderia criar, por si, constrangimentos na adesão à entrevista. Esta opção veio a revelar-se ajustada já que não obstou a que um número significativo de pessoas tivesse declinado a participação no estudo (131, ou seja 5,36% dos contacto estabelecidos), ou interrompido a aplicação do formulário – apesar de já terem aceitado responder ao inquérito preliminar – quando a continuidade da participação requeria o contacto direto com o familiar dependente (84

respondentes, ou seja o correspondente a 34,85% do total de famílias que tinham pelo menos um membro dependente no autocuidado).

A recolha de dados relativa ao familiar dependente, sendo uma etapa mais sensível, já que poderia estar em causa o direito à intimidade e à proteção contra o desconforto, mereceu atenção particular. Assim, foi solicitada autorização para entrar no alojamento para observar a pessoa dependente. Esclareceu-se que esse contacto com a pessoa dependente não incluía qualquer intervenção física por parte do entrevistador e que não lhe seria provocado qualquer desconforto (por exemplo, acordá-lo caso estivesse a dormir). Sempre que a autonomia da pessoa dependente para tomar decisões estava em causa, o consentimento para a recolha dos dados de observação foi solicitado ao cuidador familiar.

Para além da já referida confidencialidade dos dados recolhidos, com vista a assegurar também o anonimato dos respondentes/família, garantiu-se que em nenhum momento da recolha de dados, fosse solicitado ou se procedesse a qualquer tipo de identificação pessoal dos respondentes ou ao registo do endereço do alojamento familiar. De facto, concluída a entrevista, cada um dos formulários era codificado com um número que, para além da ordem pela qual o mesmo foi aplicado, apenas permita identificar a cidade e a freguesia.

Foi, ainda, acordado o procedimento a adotar em caso de os investigadores, durante a recolha de dados, designadamente na observação da pessoa dependente, identificarem alguma situação de saúde que exigisse intervenção profissional (*e.g.* casos de risco de vida ou de grave mau estado geral). Caso se deparassem com uma destas situações, os investigadores presentes, para além da assistência imediata (se tal se revelasse necessário), solicitariam ao membro da família (em princípio, o cuidador familiar) autorização para chamar o INEM, ou para contactar o centro de saúde da área de residência, consoante a urgência da situação. Apesar destas medidas tomadas, durante a recolha de dados não se registou qualquer incidente deste tipo.

Pelas razões antes aduzidas, durante todo o processo de registo e de análise dos dados, foi impossível estabelecer qualquer correspondência ou associação da informação que envolvesse a identificação de pessoas, famílias ou alojamentos, ou seja, garantiu-se a confidencialidade de toda a informação sensível.

Sobre a confidencialidade, o INE esclarece, em relação aos *microdados*, que as “*técnicas utilizadas destinam-se à anonimização das bases de dados e têm como principal objetivo limitar o risco de que informação sensível sobre os respondentes possa ser descoberta a partir dos dados divulgados a terceiros*” (Instituto Nacional de Estatística, 2005a:20). Neste contexto, consoante as respostas aos questionários foram sendo obtidas, foi dada baixa na amostra (condição necessária para não contactar duas vezes a mesma família e garantir a proporcionalidade da estratificação). Feito este registo, procedeu-se a uma recodificação dos questionários que impediu a associação dos dados a uma família em concreto.

Quanto aos macrodados, foi seguida uma das sugestões do INE – a da regra da frequência mínima – pelo que não se divulgarão dados que se refiram a menos de três unidades estatísticas (famílias clássicas) por variável ou conjunto de variáveis base. Desta forma não se permitirá qualquer identificação direta, ou indireta, das unidades estatísticas (Instituto Nacional de Estatística, 2005a).

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

- 3.1. *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado*
- 3.2. *Manter na família ou institucionalizar a pessoa dependente no autocuidado*
- 3.3. *O cuidador familiar, os cuidados e os recursos – comparação entre Lisboa e Porto*
- 3.4. *Contextos “dependência-cuidados-na-família”*

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procede-se à apresentação, em três partes, dos principais resultados do estudo. Na primeira parte, expõem-se os achados que permitem o conhecimento das circunstâncias que caracterizam a integração na família de pessoas dependentes no autocuidado e a satisfação das necessidades de autocuidado, bem como, o conhecimento da prevalência do fenómeno da dependência, no concelho do Porto. Na segunda parte, procede-se a um levantamento das conjunturas e das condições que aparecem associadas à institucionalização das pessoas dependentes no autocuidado. Na última parte, no âmbito do projeto mais alargado que envolve os concelhos de Lisboa e do Porto, realiza-se uma análise comparativa entre estes dois concelhos, no que concerne a algumas dimensões centrais ao fenómeno em estudo (cuidador familiar, cuidados prestados e recursos utilizados).

3.1. Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado

No cumprimento do plano amostral, a equipa de investigadores/inquiridores logrou, depois de cerca de oito mil tentativas, estabelecer contacto em 2445 alojamentos familiares do concelho do Porto. Destes contactos, aplicados os critérios de inclusão e de exclusão na amostra e atendida a vontade esclarecida dos representantes das famílias, responderam ao formulário preliminar 2314 residentes.

Como cada um dos respondentes representava uma família, na amostra foram identificadas 241 famílias (10,41%) que integravam, pelo menos, um familiar dependente no autocuidado.

Destas famílias, aceitaram dar continuidade à entrevista, respondendo às questões e/ou permitindo a observação dos familiares dependentes, 157 representantes da família. A partir da observação e da aplicação do formulário que se seguiram, foram identificadas e avaliadas 161 pessoas dependentes no autocuidado.

3.1.1. Condições e circunstâncias

A partir das entrevistas e das observações realizadas, foi possível recolher alguns dados que ajudam a caracterizar as condições e as circunstâncias em que as famílias, como as pessoas dependentes no autocuidado e os respetivos cuidadores familiares, vivem.

3.1.1.1. Das famílias

Das famílias clássicas avaliadas no concelho do Porto com um membro dependente no autocuidado, 95,03% não tinham núcleos ou eram constituídas, apenas, por um núcleo (n=161). Este é um dado que está em linha com os resultados do Censos 2011 para a mesma área de residência. Na realidade, 94,69% das famílias residentes no Porto em 2011 apresentavam-se na mesma condição.

As famílias clássicas avaliadas no estudo têm, em média, três membros (com desvio padrão de 1,64). Este valor é ligeiramente superior ao da dimensão média das famílias clássicas no concelho do Porto que, em 2011, se situa em 2,3 pessoas (2,6 pessoas, em 2001).

Registe-se que, das famílias da amostra, 45,22% não têm mais de dois membros, sendo que 15,92% são, inclusive, famílias unipessoais. Estes valores relativos às famílias mais pequenas contrastam, no seu conjunto, com o pouco peso das famílias numerosas (com cinco ou mais membros) que se situa nos 15,29%.

O peso relativo das famílias pequenas acentua-se nos resultados do Censos 2011 para o concelho do Porto. Neste recenseamento, não só a percentagem de famílias com menos de três membros é maior (62,88%) do que a registada na amostra do estudo, como também é maior a percentagem das famílias unipessoais (30,48%). Estas diferenças ficam a dever-se, sobretudo, ao facto de a percentagem das famílias constituídas por uma pessoa dependente ser, praticamente, metade da percentagem de famílias unipessoais recenseadas no Censos 2011 (15,92% e 30,48%, respetivamente). Já no que se refere às famílias numerosas, no recenseamento do Censos 2011, 5,51% das famílias enquadram-se neste grupo, o que significa que na amostra do estudo a presença destas famílias é quase três vezes maior.

Se, à partida, seria expectável que a integração de pessoas dependentes no seio da família fosse – em razão da disponibilidade de mais “mão-de-obra” familiar para colaborar na prestação de cuidados – mais pronunciada entre as famílias numerosas e menos acentuada nas famílias unipessoais, não deixa de ser surpreendente o número de famílias pequenas que, no concelho do Porto, integram pessoas dependentes no autocuidado.

Acresce que, como foi possível apurar no Censos 2011, no concelho do Porto, 13,22% das famílias clássicas eram constituídas apenas por uma pessoa idosa (65 ou mais anos) a viver sozinha. Este valor, não só é mais elevado do que a proporção referente ao país (continente), 10,17%, como se destaca claramente dos valores referentes ao grande Porto (8,20%). Porém, se apenas se considerarem as famílias unipessoais, a proporção das que são constituídas por uma pessoa com 65 ou mais anos, sobe, no concelho do Porto, para 43,37%. Quando se consideram as famílias com duas pessoas, em que ambas têm 65 ou mais anos, a situação, neste concelho, não se altera significativamente. De facto, estas famílias representam 9,59% do total das famílias

e 29,61% do conjunto das famílias com dois membros. Se a estes dados se acrescentar que a proporção de famílias clássicas unipessoais aumentou, no concelho do Porto, 5% de 2001 para 2011 (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2012b), percebe-se a dimensão das alterações que se vêm registando no quadro familiar em que se podem integrar familiares dependentes e a sensibilidade de que se revestem estas alterações quando se (re)pensam os modelos assistências.

O rendimento médio *per capita*/mês dos agregados familiares que integram a amostra ronda os € 421 (n=110). Este montante, que se situa ligeiramente abaixo do salário mínimo nacional⁶, é um valor médio, o que mostra que uma parte significativa dos cidadãos vive com rendimentos abaixo daquele valor. Demonstrativo da precariedade da situação económica em que uma parte importante das famílias da amostra vive é o facto de em 6,25% delas os respetivos membros viverem com € 250 por pessoa (valor próximo do rendimento social de inserção⁷). Note-se que no concelho do Porto, em 2011, 4,01% da população com 15 ou mais anos de idade vivia do rendimento social de inserção, percentagem que é mais de três vezes superior à registada em Portugal continental (1,17%) (Censos 2011). Por outro lado, é conhecida a relação entre idades mais avançadas e pobreza. Na verdade, a proporção de idosos aumenta consideravelmente quando se consideram os segmentos mais pobres da população. Quando se comparam as condições de vida dos idosos com as da população em geral, verifica-se uma tendência sistemática para aquelas apresentarem piores resultados (Gonçalves & Silva, 2001). Estando a população do concelho do Porto, como o demonstra o Censos 2011, particularmente envelhecida – 20,93% da população residente tem 65 ou mais anos (Instituto Nacional de Estatística, 2012a), enquanto, este grupo etário representa, a nível nacional, 19,03% (Instituto Nacional de Estatística, 2012b) – é de admitir que o número dos agregados domésticos privados⁸ unipessoais constituídos por indivíduos com 65 anos ou mais seja, no Porto, mais elevado do que o registado a nível nacional (51,77%) (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013a). Neste contexto, a pobreza, particularmente entre os idosos, pode constituir uma verdadeira emergência social.

3.1.1.2. Dos alojamentos

Apesar de, na avaliação realizada pelos investigadores, 55,88% dos alojamentos não carecerem ou apenas necessitarem de pequenas reparações, 14,71% requerem grandes ou muito grandes reparações (n=136). Na avaliação realizada no âmbito das operações censitárias de 2011, considerou-se que 45,49% dos edifícios têm necessidade de reparação e que 2,58% se encontram muito degradados. Estes valores, visivelmente mais elevados que os apresentados em Portugal

⁶ Em 2012, €485,0.

⁷ Em 2012, €189,52 pelo titular, mais €94,76 por cada indivíduo maior.

⁸ Conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e cujas despesas fundamentais ou básicas (alimentação, alojamento) são suportadas em conjunto, independentemente da existência ou não de laços de parentesco; ou a pessoa que ocupa integralmente um alojamento ou que, partilhando-o com outros, não satisfaz a condição anterior (metainformação – INE, vigente desde 11-04-2003).

continental (29,05% e 1,69%, respetivamente), em conjunto com os valores do estudo, traduzem a degradação do parque urbano da cidade do Porto com a consequente falta de condições de habitabilidade para as famílias que vivem nestes alojamentos, em particular para aquelas que integram familiares dependentes no autocuidado. No Censos 2011, a superfície média útil dos alojamentos familiares clássicos de residência é, no concelho do Porto de 99,44 m². Esta área é quase 10 m² menor que a média de Portugal continental (108,96 m²).

Em média, cada membro do agregado familiar com pelo menos uma pessoa dependente dispõe de 2,61 divisões (n=132) no respetivo alojamento. Este número é ligeiramente mais elevado do que o apresentado, para o mesmo município, no Censos de 2011 (2,0 divisões por residente no alojamento familiar). O número de divisões por residente encontrado no estudo realizado – que se poderá considerar aceitável – terá explicação no facto de uma parte importante das pessoas dependentes ser idosa e continuar a habitar na mesma residência de família, outrora com as divisões necessárias a acolherem famílias bastante mais numerosas. Corroborando esta ideia, registe-se que, no estudo, a área útil média dos alojamentos é de 40,83 m² por ocupante do agregado familiar, porém não pode ignorar-se que este valor foi calculado a partir de apenas cinco casos. Em qualquer caso, no Censos 2011, constata-se que 46,38% das famílias do Porto vivem em alojamentos em que cada um dos residentes não dispõe de mais de 40 m² de área útil por ocupante.

3.1.1.3. Das pessoas dependentes no autocuidado

Como antes se referiu, no conjunto das famílias da amostra, existem 161 membros dependente no autocuidado.

A maioria das pessoas dependentes no autocuidado (69,14%) é do sexo feminino (n=161). A existência de mais mulheres do que homens corresponde a uma realidade esperada já que é uma característica da população portuguesa em geral e da população do Porto em particular (52,23% e 54,49%, respetivamente) (Censos 2011). Contudo, os valores da proporção entre os sexos assumem, no estudo, contornos de alguma especificidade que apontam para uma amostra que integra pessoas dependentes notoriamente mais velhas do que as residentes no concelho do Porto. De facto, a proporção de mulheres na população do concelho do Porto – que tende a aumentar nos escalões etários mais elevados (Censos 2011) – é sempre inferior à idade média das pessoas dependentes que integram a amostra, mesmo no grupo etário dos 65 ou mais anos, em que não ultrapassa os 62,12%.

Na mesma linha, em relação à idade, os dados do estudo mostram que 54,94% das pessoas dependentes no autocuidado têm mais de 80 anos de idade, enquanto apenas 11,73% têm menos de 65 anos (n=161). Note-se que, de forma distinta, no concelho do Porto, 14,21% da população

tem mais de 75 anos e 76,82% tem menos de 65 anos. Estes dados, mais uma vez, dão evidência ao facto do fenómeno da dependência no autocuidado afetar, em particular, as pessoas mais idosas. Como no Porto, em particular, a população está a envelhecer mais do que em Portugal continental, a dependência no autocuidado terá, neste concelho, um maior impacto, com efeitos particularmente marcantes. Na verdade, no Porto, em 2001, 13,1% da população tinha entre 0 e 14 anos, enquanto a população com 65 e mais anos representava cerca de 19,4%. Em 2011, a percentagem dos mais jovens diminuiu para 11,9% e a dos mais velhos aumentou para 23,2%. Já em Portugal (continente) a tendência mantém-se, porém de forma menos acentuada; o grupo etário dos 0 aos 14 anos diminuiu, no mesmo período, de 15,8% para 14,8%, enquanto o grupo dos que têm 65 ou mais anos aumentou de 16,5% para 19,3% (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013b). De sublinhar o acréscimo verificado na população com 70 e mais anos que, em 2012, representava 13,94% da população residente, enquanto em 2001 era de apenas 11,27% (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013b).

Este fenómeno do envelhecimento no concelho do Porto é ainda mais marcado nas freguesias do núcleo histórico, algumas das quais têm menos de 10% de jovens dos 0 aos 14 anos e mais de 25% de idosos com 65 ou mais anos. Estão nesta situação freguesias como Miragaia (8,47% e 25,93%, respetivamente), Vitória (9,05% e 29,83%, respetivamente), ou Cedofeita (9,55% e 26,84%, respetivamente). Esta realidade diferencia-se da situação vivida no grande Porto em que as percentagens de jovens e de idosos são, respetivamente, de 14,89% e de 16,59%. Esta concentração das populações idosas no centro histórico, com repercussões ao nível da sua desvitalização e da crescente degradação física e social, quererá dizer que a suburbanização das últimas décadas foi alimentada em grande parte pelo êxodo das populações mais jovens dessas freguesias, com progressivo envelhecimento das populações que aí permaneceram (Esteves, 1997:24).

Em relação ao estado civil, 51,90% dos membros da família dependentes no autocuidado são viúvos e 32,28% casados (n=158). A percentagem de viúvos é, como seria de esperar, claramente superior à que se verifica na população em geral no concelho do Porto (8,69%), enquanto a percentagem de casados é inferior à que se regista no mesmo concelho (40,48%) (Censos, 2011). Estes dados, consonantes com uma amostra de pessoas mais velhas, mostram que, entre as pessoas dependentes, serão sempre menos de um terço aquelas que, caso necessitem do auxílio de outra pessoa, podem dispor da ajuda do marido/esposa.

Quanto aos níveis de escolaridade, verifica-se que 86,76% das pessoas dependentes não têm mais do que o primeiro ciclo do ensino básico, sendo que 40,40% não têm, inclusive, qualquer escolaridade (n=151). Estes valores são muito distintos dos apurados, para a população em geral do concelho do Porto, na mais recente operação censitária. De facto, 63,02% da população do Porto já concluiu, pelo menos, o segundo ciclo do ensino básico ou, até, um nível de escolaridade

mais elevado. Os que não têm qualquer escolaridade representam 13,70% da população (Censos 2011). Estes dados traduzem, mais uma vez, a situação desfavorável e de grande fragilidade em que se encontram as pessoas dependentes no autocuidado, no concelho do Porto.

Note-se que 92,11% das pessoas não têm qualquer ocupação profissional (n=152). Este valor poderá ser expectável face à idade da maioria das pessoas dependentes no autocuidado. Apesar disso, não deixa de ser assinalável que 7,89% mantenham alguma ocupação. Este dado poderá significar que se trata de casos de dependência temporária em idade ativa, mas poderá também denotar que algo está a mudar na sociedade e na sua capacidade de integração de pessoas que têm algum *handicap* na respetiva motricidade.

Nos membros da família dependentes no autocuidado, a condição de dependência está instalada, em média, há 5,61 anos (n=161). Em qualquer caso, importa notar que o desvio padrão é de 7,06 o que indica a existência de diferenças importantes entre os casos da amostra, nomeadamente a existência de casos de dependência de muito longa duração (uma das pessoas da amostra está dependente há 50 anos).

Para a maioria das pessoas (70,78%), a instalação da dependência no autocuidado ocorreu de forma gradual (n=154), o que é consistente com um quadro associado aos processos de envelhecimento.

Regista-se que, com exceção de 2,74% das pessoas dependentes no autocuidado que não tomam qualquer fármaco, todas as restantes estão medicadas tomando, em média, 5,14 fármacos diferentes por dia (n=146). De notar que 13,01% das pessoas dependentes têm regimes terapêuticos constituídos por nove ou mais fármacos diferentes. Deste contexto resulta a toma média de 7,06 medicamentos por dia, com 5,56% das pessoas dependentes a tomarem 15 ou mais medicamentos por dia (n=144).

Apesar deste regime farmacológico, 34,37% das pessoas dependentes no autocuidado, no último ano, foram internadas, num hospital, uma ou mais vezes (n=160). Na amostra, regista-se, inclusive, um caso de cinco internamentos no último ano. Acresce que 53,75% tiveram um ou mais episódios de urgência no mesmo ano (n=160). Neste período, há um caso de uma pessoa dependente no autocuidado que se deslocou sete vezes ao serviço de urgência e quatro casos que recorreram, ao mesmo serviço, por seis vezes.

3.1.1.4. Dos cuidadores familiares

Os cuidadores familiares são, na sua grande maioria (83,21%), do sexo feminino (n=161), o que é consonante com a generalidade dos estudos centrados nos prestadores de cuidados familiares.

Uma parte muito considerável destes cuidadores familiares (70,15%) tem entre 18 e 65 anos de idade (n=134). Contudo, não pode deixar de assinalar-se que 8,95 % têm mais de 80 anos e que os restantes 20,90%, apesar de ainda não terem 80 anos, têm mais de 65 anos. Ao contrário do que se poderia supor, também os mais velhos assumem responsabilidades na ação de tomar conta dos familiares dependentes.

Quanto à relação de parentesco, 40,88% dos cuidadores familiares são filho(a)s e 24,09% são cônjuges da pessoa dependente no autocuidado (n=137). Dado que 32,28% das pessoas dependentes são casadas, estes dados significam que em cerca de 75% dos casais, em que um dos elementos está dependente no autocuidado, é o cônjuge quem assume a prestação de cuidados.

Tal como acontece com as pessoas dependentes, a maioria dos cuidadores familiares (57,14%) não tem como habilitações literárias mais do que o primeiro ciclo do ensino básico (n=133). Acresce que 9,02% dos prestadores de cuidados não têm mesmo qualquer escolaridade. Estes valores, se bem que não reflitam uma situação tão negativa como a que se verifica nas pessoas dependentes, continuam a traduzir um quadro pior do que o identificado no Censos 2011, para a população do concelho do Porto. Esta última diferença, para além de refletir a idade (mais avançada) dos cuidadores familiares, poderá também significar que muitos deles têm a sua origem em grupos sociais menos favorecidos.

Um aspeto interessante, no que se refere à caracterização dos cuidadores familiares, é que uma parte muito significativa destes (65,22%) mantém uma ocupação profissional (n=138). Recordando que 70,15% destes cuidadores têm menos de 65 anos, aquele valor significará que a larga maioria dos que estão em condições de se manterem na vida ativa, o fazem. Este dado, ao traduzir numa menor disponibilidade por parte dos prestadores de cuidados, não deixará de ter repercussões na relação de cuidados.

Cerca de três quartos (76,12%) dos cuidadores familiares são casados ou vivem em união de facto (n=134). Neste número, não se pode ignorar que cerca de um terço corresponde a cônjuges das pessoas dependentes. Dos restantes cuidadores familiares, 17,16% são solteiros, sendo, em grande parte, filho(a)s e irmãos/irmãs das pessoas dependentes.

Apesar de uma larga maioria dos cuidadores familiares (79,82%) viver no mesmo alojamento que o familiar dependente no autocuidado, deve registar-se, por constituir um achado imprevisto, que em 20,18% dos casos da amostra essa coabitação não existe (n=114). Esta última situação poderá guardar alguma relação com o facto de a maioria dos prestadores de cuidados ser casada e, em alguns destes casos, poder ter alojamento próprio.

3.1.2. Satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa dependente

Nas pessoas dependentes no autocuidado, a satisfação das respetivas necessidades é uma questão nuclear para a qual concorrem, não só fatores relacionados com a própria pessoa dependente e com a ação do cuidador familiar, mas, de igual modo, com os recursos que se utilizam (ou não) na realização do autocuidado.

3.1.2.1. Domínios do autocuidado comprometidos

O fenómeno da dependência no autocuidado afeta de forma distinta os diferentes domínios do autocuidado, da mesma pessoa (gráfico 1). Pelos resultados obtidos, constata-se que o autocuidado “alimentar-se” é aquele em que mais pessoas se encontram dependentes (79,3%). Seguem-se, com valores próximos (entre 72,7% e 67,7%), outros domínios do autocuidado como “tomar banho”, “vestir-se” ou “tomar a medicação”. Num plano intermédio, surgem o autocuidado “andar” e “usar o sanitário”. Os domínios do autocuidado em que menos pessoas dependentes carecem de ajuda são os do “transferir-se” (31,7%), “levantar-se” (31,1%) e “posicionar-se” (23,6%).

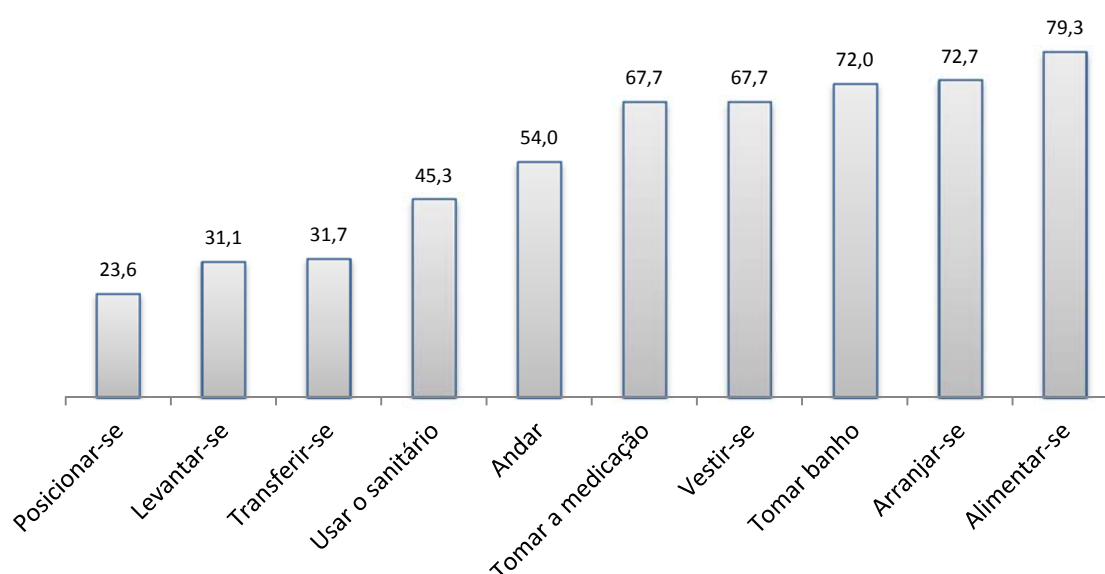


Gráfico 1. Percentagem de pessoas dependentes no autocuidado com necessidade de ajuda de outras pessoas, parcial ou total, por tipo de autocuidado

Na autoavaliação da “dificuldade na realização de atividades do quotidiano” efetuada no âmbito do Censos 2011, os resultados no concelho do Porto (em linha com os que se verificam em Portugal continental, na região Norte e no grande Porto) indicam que, das atividades diárias avaliadas, a que mais afeta o quotidiano das pessoas é o “Andar ou subir escadas”, com 23 584

referências (o que significa quase 10% da população do concelho). Destas pessoas, 90% consideram ter muita dificuldade em conseguir “andar ou subir escadas” e 10% referem não o conseguir fazer. A atividade “tomar banho ou vestir-se sozinho” é referida por 11 582 pessoas. Destas, 69,5% dizem sentir muita dificuldade para “tomar banho ou vestir-se sozinha”, enquanto 30,5% manifestam-se incapazes de o fazer. Estes dados, aparentemente, divergentes do estudo realizado terão, na comparação entre ambos, de ser lidos com algum cuidado. Antes de mais, no Censos, cada uma das atividades sugeridas inclui duas atividades que, tendo afinidades, não são similares (subir escadas é, quando muito, um tipo muito específico de andar que exige mais capacidades) ou que, como no caso de “vestir-se” e “tomar banho”, foram individualmente avaliadas no presente estudo. Depois, enquanto os resultados do Censos se ficam pela autoavaliação da dificuldade sentida pelas pessoas, os resultados do estudo realizado traduzem uma das possíveis consequências dessa dificuldade, ou seja, a necessidade de ajuda de outras pessoas. Acresce que, mesmo nestas circunstâncias, quando se considera apenas as pessoas que não conseguem efetuar a atividade, também nos resultados do Censos 2011 é maior o número daquelas pessoas que não conseguem “tomar banho ou vestir-se sozinho” do que o daquelas que não conseguem “andar ou subir escadas” (respetivamente, 3531 e 2351 pessoas).

Os resultados do estudo, no que concerne à toma da medicação, justificam uma atenção particular, já que esta atividade instrumental constitui um caso particular do autocuidado, por apelar a um repertório específico de competências. Enquanto na realização do autocuidado na generalidade dos domínios é predominante a exigência de competências psicomotoras, no “tomar a medicação” sobressai a necessidade de competências do domínio cognitivo. Esta diferença não obsta a que, também neste domínio, o número de pessoas da amostra que carece da ajuda de outras pessoas para a realização do autocuidado seja muito elevado (67,7%), o que, desde logo, evidencia que a dependência no autocuidado é uma condição associada a uma diminuição de diferentes capacidades e competências. Os resultados do Censos 2011, relativos ao Porto, demonstram que o número de pessoas que apresenta dificuldades em atividades mais do domínio cognitivo, não se afasta daquele que se regista nas atividades predominantemente psicomotoras. Na verdade, 16 487 pessoas (quase 7% da população) têm muita dificuldade ou não conseguem realizar atividades de “memória ou concentração” e 9190 pessoas (quase 4% da população) de “compreender os outros ou fazer-se compreender”. Em cada um destes grupos, é ligeiramente superior a 15% o número daqueles que não conseguem realizar as referidas atividades.

Para além de revelarem que os quadros de dependência não afetam de forma homogénea os diferentes domínios do autocuidado, estes resultados do estudo deixam evidente que a necessidade de ajuda de outras pessoas é progressiva, começando por ser sentida em

domínios mais instrumentais e relacionados com as atividades diárias (“alimentar-se”, “tomar banho”, “arranjar-se”, “vestir-se” e “tomar a medicação”) para as quais o uso de equipamentos é menos usual. Nestes casos, o familiar dependente procurará, primeiro, a ajuda de pessoas para ultrapassar as dificuldades concretas na realização de atividades desses domínios do autocuidado (*e.g.* partir os alimentos). Ao mesmo tempo, com a ajuda de um equipamento tão comum como é uma bengala, mas dispensando a ajuda de pessoas, poderá continuar a assegurar as atividades de autocuidado do foro mais íntimo (como o “usar o sanitário”) ou aqueles que requerem alguma mobilidade (como o “andar”), preservando, assim, a autonomia possível.

Com o agravamento das condições que determinam a dependência no autocuidado, também nestes últimos domínios acaba por ser necessária a ajuda de outras pessoas. Quando o familiar dependente no autocuidado carece de ajuda de outras pessoas para se transferir ou se levantar e, sobretudo, quando carece de ajuda para se posicionar, seguramente, todos os outros domínios do autocuidado estarão, igualmente, afetados.

Deste modo, é possível admitir que cerca de 23,6% das pessoas dependentes no autocuidado serão “grandes dependentes”, que carecem da ajuda de familiares para a realização da generalidade das atividades inerentes aos diferentes domínios do autocuidado.

3.1.2.2. Condição de saúde da pessoa dependente

Os diferentes parâmetros considerados na avaliação da condição de saúde da pessoa dependente apresentam valores distintos. A desnutrição (5,3%) e o compromisso respiratório (7,6%) surgem como os dois parâmetros de saúde menos presentes nos familiares dependentes no autocuidado. Seguem-se outros como o compromisso da integridade da pele (16,5%), a desidratação (17,6%), ou o compromisso da higiene e asseio (20,5%). Já num patamar superior surgem as quedas (25,8%) e as alterações do estado mental (31,3%). Porém, claramente destacada dos demais parâmetros avaliados está a rigidez articular, que afeta 64,2% das pessoas dependentes (gráfico 2).

Estes achados deixam entender que os cuidados mais básicos, realizados com alguma facilidade pelo cuidador familiar, estão garantidos (alimentar e dar de beber, manter as vias aéreas desobstruídas), logo não se identificam muitas pessoas com défice na respetiva condição de saúde. Porém, o mesmo já não se verifica em relação aos cuidados que exigem uma intervenção mais diferenciada por parte do cuidador familiar. Se a rigidez articular é o exemplo mais ilustrativo das consequências que essas lacunas nos cuidados necessários podem ter na condição de saúde das pessoas dependentes (*e.g.* posicionamentos e mobilização de articulações), outras existem que merecem ser destacadas.

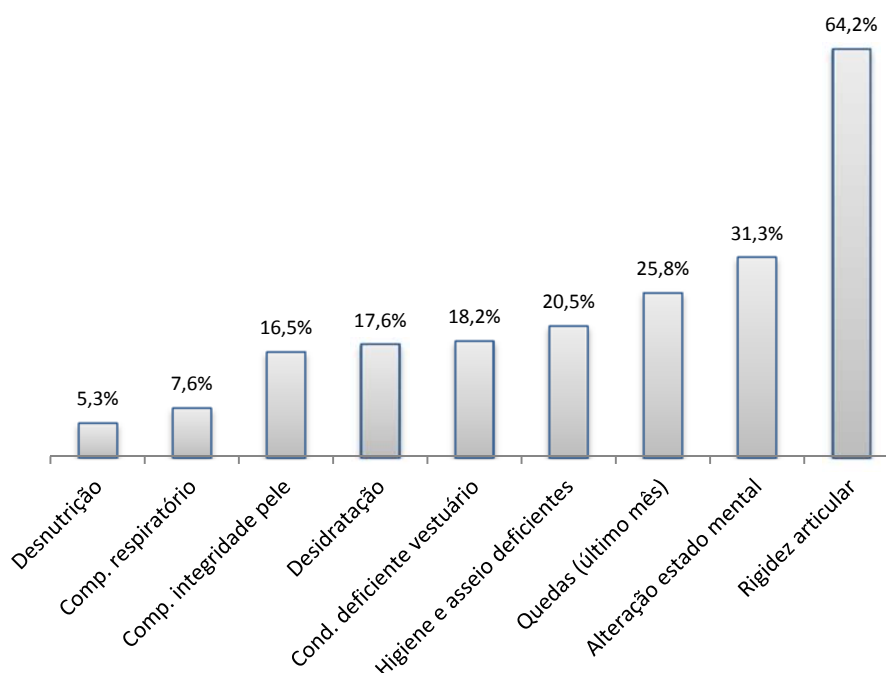


Gráfico 2. Percentagem de pessoas dependentes no autocuidado com sinais aparentes de alteração da condição de saúde

As quedas das pessoas dependentes são um destes casos. Note-se que um quarto das pessoas dependentes (25,8%) teve, pelo menos, uma queda, no último mês. Este achado poderá ter diferentes causas que, sem excluir a negligência, estarão, eventualmente, associadas à falta de preparação por parte dos cuidadores familiares, nomeadamente no que diz respeito à prevenção de acidentes.

Já a deficiente higiene e asseio, identificada em 20,5% das pessoas dependentes, e a deficiente condição do vestuário, reconhecida em 18,2% dessas pessoas, parecem traduzir, se não negligência, no mínimo alguma falta de empenho ou, mesmo, desleixo por parte dos cuidadores nos preparos em que deixam os respetivos familiares.

A falta de investimento dos cuidadores familiares, nomeadamente na produção de estímulos cognitivos, poderá também, pelo menos em parte, explicar o elevado número de ocorrências de alteração do estado mental. Em qualquer caso, não se poderá deixar de ter presente que a idade avançada de muitas destas pessoas contribui, em muito, para a degradação das respetivas capacidades cognitivas, aliás como os dados do Censos 2011, a que antes se fez referência, comprovam.

A desidratação e o compromisso da integridade da pele são duas condições indesejáveis que afetam um elevado número de pessoas dependentes (17,6% e 16,5%, respetivamente). Estas condições traduzirão, não só, lacunas na frequência de alguns cuidados quotidianos (*e.g.* dar água ou mudar de posição) mas, tratando de situações cujas primeiras manifestações são

relativamente subtis, significarão, também, alguma falta de acompanhamento por parte dos profissionais da saúde.

3.1.2.3. Autoeficácia do cuidador familiar

A autoeficácia do cuidador familiar, mesmo mantendo um valor médio elevado (*score* de 3,7 em 4), varia, tanto em função dos domínios do autocuidado do familiar dependente que estão afetados, como das dimensões das competências para o exercício do papel desses cuidadores (gráfico 3).

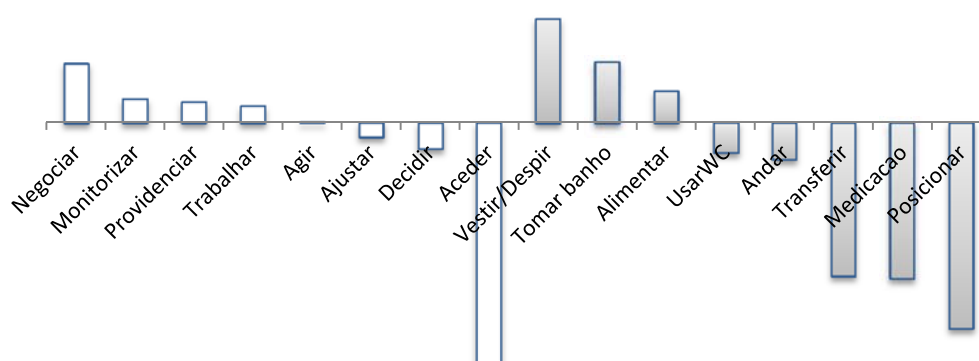


Gráfico 3. Autoeficácia do cuidador familiar, por categorias, face ao *score* global de autoeficácia

Realce-se que, pela sua natureza, a autoeficácia é fortemente influenciada pela “norma subjetiva”. Ou seja, na avaliação que os cuidadores familiares fazem da respetiva eficácia tenderão a adotar uma atitude autoprotetora, conformando a sua opinião ao entendimento cultural sobre o que deles é esperado. Na realidade, dificilmente algum familiar gostará de avaliar-se como incompetente e, portanto, corresponsável pela deterioração da condição de saúde do familiar dependente. Neste contexto, os *scores* obtidos valem, não tanto pelo que o seu valor absoluto traduz de autoeficácia (seja no âmbito dos domínios do autocuidado, seja nas dimensões das competências para o exercício do papel de cuidador familiar), mas, sobretudo pelas comparações intra-itens que permitem, em razão da maior ou menor valoração que os cuidadores familiares lhes atribuem.

No que se reporta aos domínios do autocuidado, os cuidadores familiares consideram-se mais eficazes na satisfação das necessidades dos familiares dependentes nos domínios do “vestir-se” (*score* de 3,84), do “tomar banho” (*score* de 3,80) e do “alimentar-se” (*score* de 3,76). No polo oposto, apresentam valores de autoeficácia mais baixos para a satisfação das necessidade de “posicionar-se” (*score* de 3,50), “tomar a medicação” (*score* de 3,55) e “transferir-se” (*score* de 3,56).

Note-se que os cuidadores se percebem como mais eficazes em relação às atividades em que mais ajudam os familiares dependentes e melhores resultados obtêm e como menos eficazes em relação àquelas em que, com exceção do “tomar a medicação”, essa ajuda é menor e piores resultados obtêm. De facto, os três domínios do autocuidado em que a autoeficácia dos cuidadores familiares é mais elevada estão entre os quatro domínios em que os familiares dependentes mais necessitam da ajuda de pessoas. Como consequências “favoráveis” associáveis às atividades de autocuidado nestes domínios, saliente-se que a percentagem de pessoas dependentes que apresenta desnutrição é, entre todas as avaliadas, a mais baixa. Já dois dos três domínios em que a autoeficácia dos cuidadores familiares é mais baixa estão entre os três domínios em que os familiares dependentes menos recebem a ajuda de pessoas. Entre as consequências desfavoráveis, registre-se a rigidez articular.

Já no que se refere às dimensões das competências “negociar com o sistema de saúde” (*score* de 3,79), “monitorizar”, “providenciar cuidados” e “trabalhar com a pessoa cuidada” (todas com *score* de 3,75), estas surgem como aquelas para as quais os cuidadores familiares apresentam maior apetência. Pelo contrário, “aceder a recursos” (*score* de 3,46), “decidir” (*score* de 3,70) e “ajustar” (*score* de 3,71), são as ações em que os cuidadores familiares se sentem menos eficazes. Aparentemente, a autoeficácia dos cuidadores familiares é mais elevada para competências mais transversais, do tipo “negociar”, e para competências que, depois de adquiridas, se concretizam num quadro de relativa previsibilidade, como por exemplo, “monitorizar” ou “trabalhar com a pessoa cuidada”. A autoeficácia é menor para as competências menos usuais, como “aceder a recursos”, e para competências cognitivamente mais exigentes e que requerem o controlo de múltiplas variáveis num quadro de maior incerteza, como são os casos de “decidir” e de “ajustar”.

Quer na perspetiva dos domínios do autocuidado, quer na perspetiva das dimensões das competências para o exercício do papel, a autoeficácia dos prestadores de cuidados apresenta valores particularmente elevados, sobretudo para a realização de atividades habituais que, socialmente, se consideram ser do domínio de todos, enquanto, para a realização de tarefas menos vulgares e mais diferenciadas, esses valores da autoeficácia tendem a ser mais baixos.

3.1.2.4. Cuidados assegurados pelo cuidador familiar

Os cuidados assegurados pelos cuidadores familiares foram categorizados em três grupos principais, em função da regularidade expectável para a sua realização: cuidados diários, semanais e mensais.

Cuidados diários

Entre os cuidados diários (gráfico 4), regista-se que aqueles que guardam relação com a alimentação/hidratação (assegurar as refeições, dar água), com a mobilidade (posicionar, sentar,

transferir) e com alguns aspetos do asseio pessoal (pentear o cabelo, lavar os dentes) estão incluídos nas tarefas quotidianas. As quatro refeições que, em média, os cuidadores familiares servem aos respetivos familiares, apesar de não atingirem o número recomendável, garantem o padrão tradicional das refeições principais. Em qualquer caso, sendo este um valor médio, serão várias as pessoas dependentes que não têm, sequer, asseguradas essas quatro refeições. Noutros casos, como por exemplo na lavagem dos dentes, a frequência média com que a mesma se realiza (uma vez por dia) é manifestamente diminuta.

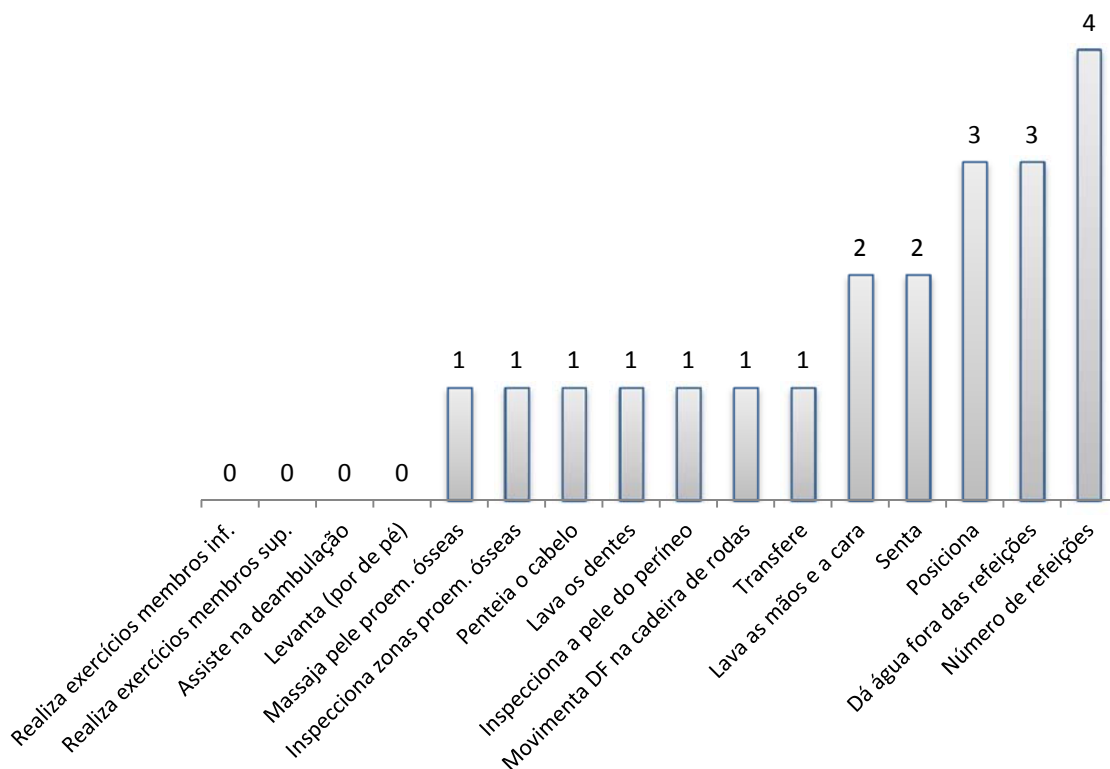


Gráfico 4. Frequência dos “cuidados diários” prestados pelo cuidador familiar à pessoa dependente no autocuidado

Também a frequência do cuidado “posicionar”, sem embargo de se repetir, em média, três vezes por dia, é manifestamente insuficiente, sobretudo quando se tem presente que, na recolha de dados, a avaliação dos cuidados prestados pelo cuidador familiar, num dado domínio do autocuidado (*e.g.* o número de vezes que posiciona o familiar dependente), só era realizada se o familiar estivesse dependente nesse domínio (*e.g.* dependente para “virar-se”). Em alguns dos cuidados avaliados necessários a pessoas com dependência na mobilização, as frequências de zero (médias inferiores a um cuidado por dia) traduzirão, sobretudo, a menor atenção, por parte do cuidador familiar, aos cuidados que exigem maior competência (conhecimentos e habilidades) para a sua realização. Pelas razões metodológicas que antes se apresentaram, esta

escassez de cuidados não guardará qualquer relação com o menor número de pessoas que apresentam alterações da mobilidade. Em qualquer caso, terá de se ter presente que o elevado número de pessoas dependentes que apresentam rigidez articular e compromisso da integridade da pele não deixará de guardar alguma relação com a ausência de exercícios de mobilização dos membros superiores e inferiores e com o diminuto número de vezes que os familiares dependentes são posicionados.

Há ainda tarefas, como o dar água fora das refeições, que, por poderem variar em função de fatores circunstanciais (*e.g.* temperatura ambiente), são mais difíceis de avaliar no que se reporta à regularidade com que são realizadas.

Cuidados semanais

Ao nível dos cuidados semanais (gráfico 5), a aplicação de cremes hidratantes surge como a atividade que apresenta uma maior frequência média (sete vezes por semana). No polo oposto, o desenvolvimento de atividades estimulantes da memória tem uma frequência média de zero, situação que se poderá constituir como um dos fatores que contribuem para as alterações do estado mental que afetam cerca de um terço das pessoas dependentes. Este tipo de cuidados – que extravasam a mera lógica da sobrevivência e que requerem competências mais diferenciadas – é, aparentemente, secundarizado pelos cuidadores familiares.

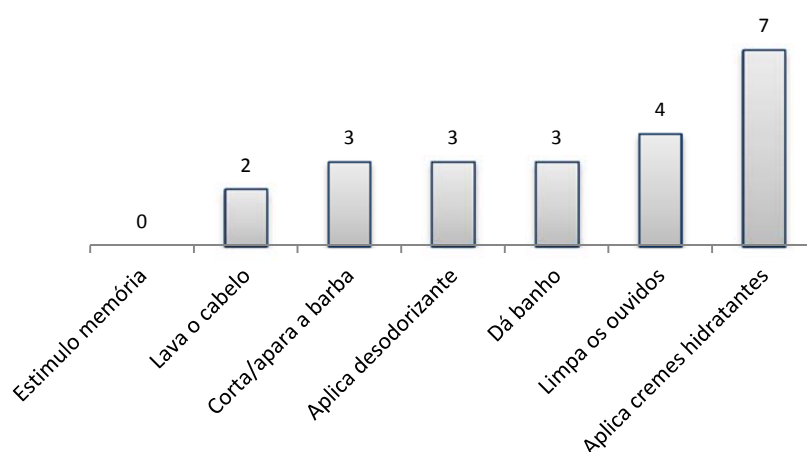


Gráfico 5. Frequência dos “cuidados semanais” prestados pelo cuidador familiar à pessoa dependente no autocuidado

Em contraponto, outros cuidados como lava o cabelo (duas vezes por semana, em média) e limpa os ouvidos (quatro vezes por semana, em média), poderão estar a ser realizados com mais frequência do que habitualmente recomendado para populações idosas como a que constitui a amostra deste estudo.

Cuidados mensais

Em relação aos cuidados mensais, apenas o arranjo das unhas merece alguma atenção por parte dos cuidadores familiares (em média, três vezes por mês). Os restantes cuidados avaliados não são, regularmente, prestados pelo cuidador familiar (“leva a passear/sair de casa, na cadeira de rodas”, “aplica maquilhagem”), o que poderá estar relacionado com a pouca utilização da cadeira de rodas, com o sexo de algumas das pessoa dependente (os homens não usam maquilhagem), ou, como antes se referiu, com a menor atenção dada aos aspetos do aprumo e do embelezamento do familiar dependente.

Constata-se, assim, que os cuidadores familiares fornecem à pessoa dependente um número aceitável de refeições, disponibilizam-lhe água entre essas refeições, arranjam-lhe as unhas regularmente, chegando mesmo a lavar-lhe o cabelo e a limpar-lhe os ouvidos mais vezes do que seria expectável. Porém, em simultâneo, posicionam, transferem e mobilizam muito pouco os familiares dependentes no autocuidado que têm necessidade destes cuidados.

3.1.2.5. Equipamentos e recursos utilizados no autocuidado

Entre os equipamentos considerados necessários para a realização das diferentes atividades do autocuidado da pessoa dependente (seja pelo próprio, seja pelo cuidador familiar), a taxa global de utilização não ultrapassa os 59,6%. Na realidade, as pessoas dependentes no autocuidado e os cuidadores familiares não prescindem de alguns equipamentos para o apoio à realização das atividades de autocuidado. Porém, apenas recorrem a pouco mais de metade dos equipamentos considerados necessários.

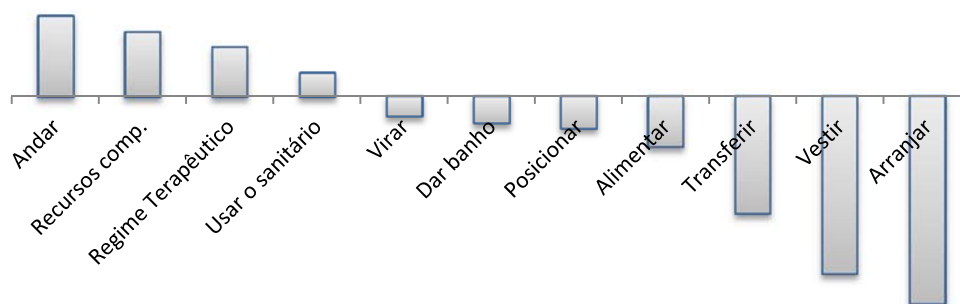


Gráfico 6. Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários, por domínios do autocuidado, face à taxa global de utilização

Como se constata pelo gráfico 6, tomando por referência a taxa global de utilização dos equipamentos considerados necessários, o emprego de cada um dos equipamentos não é uniforme, nos diferentes domínios do autocuidado. Entre os domínios do autocuidado em que mais se recorre a equipamentos, ou seja, aqueles que têm uma taxa de utilização superior à taxa global, a maior utilização regista-se para a atividade “andar” (82,72%). Estão neste caso incluídos equipamentos como as bengalas e os andarilhos. Como antes se referiu, a manutenção da mobilidade constitui, porventura, o investimento maior das pessoas que ainda não estão confinadas ao leito. Por isso, e porque recursos como as bengalas e os andarilhos são económicos e até facilmente improvisáveis, não causa estranheza que seja na realização do autocuidado “andar” que os equipamentos utilizados mais se aproximam dos necessários.

Os denominados recursos complementares (que incluem, entre outros, os dispositivos de chamada, os telemóveis e as próteses auditivas) apresentam, também, uma taxa de utilização superior à média global (78,27%). Tratando-se de equipamentos mais específicos, só são necessários em alguns quadros concretos de dependência no autocuidado. Esta taxa de utilização significa que, pelo menos nestes casos particulares, em cada quatro equipamentos necessários, três são utilizados.

Surgem, depois, com uma utilização de 73,82%, os equipamentos necessários à manutenção do regime terapêutico, que incluem, por exemplo, a caixa de comprimidos ou a caneta de insulina. A esta taxa de utilização não será alheia a perda de capacidades cognitivas e motoras por parte das pessoas dependentes nem a complexidade de muitos dos regimes terapêuticos, atualmente constituídos por múltiplos fármacos e com crescente incorporação tecnológica.

Entre as atividades de autocuidado que apresentam uma taxa de utilização inferior à taxa média global, é de salientar que para a realização da atividade “arranjar-se” não se recorre a qualquer equipamento considerado necessário. Segue-se, entre as atividades para as quais menos se recorre a equipamentos, a de “vestir-se” (8,83% de taxa de utilização). Esta utilização, quase residual, de equipamentos para estes domínios do autocuidado é bem demonstrativa da atenção periférica que as pessoas dependentes e os respetivos familiares dão aos aspetos relacionados com a apresentação pessoal. Não adotando, em princípio, a mesma atitude na ausência de quadros de dependência, as famílias, ao apoucarem esta dimensão do cuidado individual, parecem dar mostras do que pode ser algum desinteresse pelo modo como vivem quando sobrevive a dependência.

De forma análoga, também as taxas de utilização dos equipamentos necessários à realização dos autocuidados “transferir-se” (26,16%), “posicionar-se” (50,50%) e “virar-se” (54,17%) situam-se abaixo da taxa global de utilização. Esta baixa utilização reforça a ideia, já antes sustentada, de que estes cuidados – que exigem competências mais diferenciadas por parte dos cuidadores familiares – não têm a resposta devida, ficando aquém do que seria necessário. Importa, ainda,

notar que a realização deste tipo de cuidados (usualmente prestados a pessoas muito dependentes) são fisicamente exigentes para quem os presta. Por isso, muito dos equipamentos necessários visam facilitar a ação do cuidador familiar, reduzindo a utilização da força muscular e garantindo maior segurança para si próprio e para o respetivo familiar. Não dispondo dos equipamentos necessários, e sendo muitos dos cuidadores familiares pessoas idosas e com fragilidades, a solução mais óbvia para ultrapassar a dificuldade passará, frequentemente, por desvalorizar estes domínios do autocuidado, com todas as consequências que daí advêm para a saúde do familiar dependente.

Quando questionados sobre as razões que pudessem estar na origem da não utilização dos equipamentos considerados necessários, a opção “não desejo” (média de 4,22; n=86) é a que tem maior expressão entre os cuidadores familiares (gráfico 7). Antes de mais, importa clarificar que estes valores significam que 86 pessoas dependentes não utilizam equipamentos de que necessitam para a realização do autocuidado, optando por “não desejo” como razão para a não utilização desses equipamentos. O número de equipamentos que cada uma das pessoas “não deseja” variava de caso para caso. Efetivamente, se 28 pessoas referem esta razão uma só vez (ou seja, para um equipamento necessário), já uma só pessoa referiu esta razão 17 vezes (o que significa que não desejava 17 equipamentos que foram considerados necessários pelos investigadores). Nas 86 pessoas dependentes, esta razão é referida, em média, 4,2 vezes, ou seja, por cada uma destas pessoas há, pelo menos, quatro equipamentos que, sendo necessários, não são utilizados porque as famílias não os desejam.

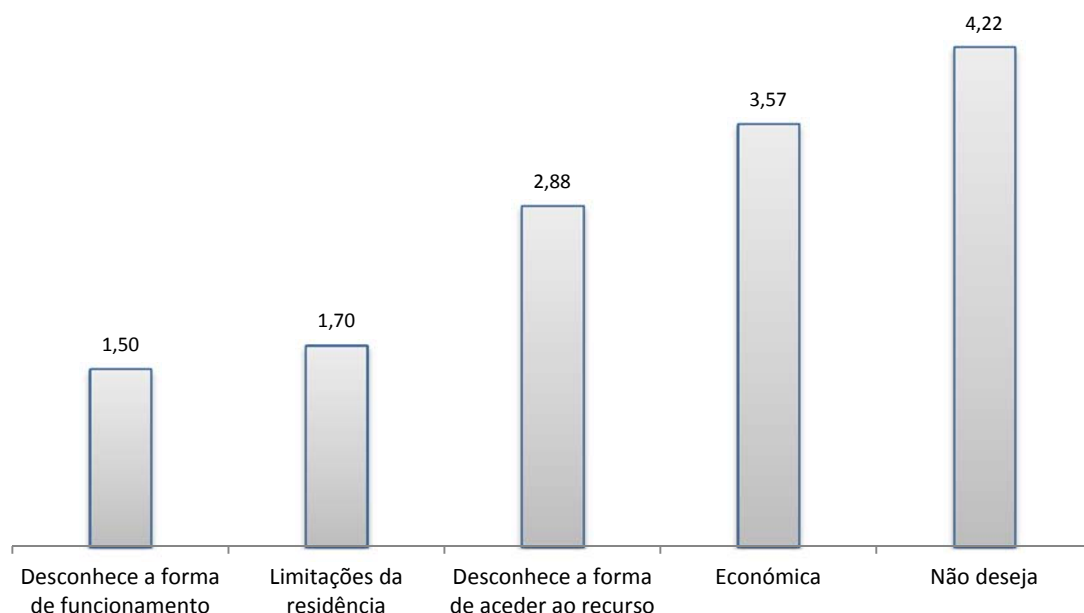


Gráfico 7. Razões para a não utilização de equipamentos considerados necessários

Num contexto – como o vivido pela generalidade das famílias do estudo – em que os recursos económicos são poucos e em que muitos cuidadores familiares são idosos, justificar que não se utiliza um dado equipamento necessário ao autocuidado porque não se deseja, parece, numa primeira análise, estranho. Contudo, numa análise menos superficial, terá de admitir-se que os cuidadores familiares ao escolherem a opção “não desejo” (ou seja, ao não manifestarem a tensão para a posse que é característica do desejo) não o fazem em razão de um juízo sustentado sobre um dado equipamento que conhecem mas não ambicionam, mas, antes, por ignorarem a existência desse equipamento. Na verdade, não se deseja o que não se conhece. Em qualquer caso, constatar que 86 cuidadores familiares podem ignorar a existência de equipamentos necessários ao familiar de quem cuidam, não deixará de constituir motivo de preocupação.

Ao contrário do que acontece em relação à razão antes referida, todas as demais razões evocadas pressupõem o prévio conhecimento da existência dos equipamentos que as determinaram. Como seria expectável no contexto social que caracteriza as famílias clássicas do concelho do Porto, as razões económicas têm um peso muito significativo (média de 3,57; n=28). Em relação a esta média de mais de três equipamentos por pessoa dependente que, sendo necessários, não são utilizados, importa acrescentar que o desvio padrão é de 6,52, ou seja, para algumas famílias, serão ainda em maior número os equipamentos a que não recorrem por falta de posses para os adquirirem, o que, para além de refletir a grande precariedade económica em que essas famílias se encontram, é também elucidativo da marginalização a que as mesmas estão votadas no acesso aos recursos da saúde.

As razões associadas a limitações da residência (média de 1,70; n=20), não deixando de guardar alguma relação com as questões económicas já antes referidas, têm algumas particularidades. De facto, como o Censos 2011 revela, no concelho do Porto, apenas 25,79% dos edifícios estão adaptados, por exemplo, a pessoas com mobilidade reduzida, dispondo, para o efeito, de acessibilidade através de cadeira de rodas até ao alojamento. Esta percentagem, quase dez pontos percentuais abaixo da que se regista no grande Porto, evidencia a amplitude do problema. Por outro lado, os elevados custos associados às obras de adaptação atrasam a respetiva realização. Admite-se, por isso, que o peso das limitações da residência só não será maior porque, por um lado, algumas famílias não investem o necessário nos cuidados e outras terão “desenrascado” algumas soluções engenhosas que mitigam as dificuldades com que se confrontam.

As razões que se relacionam com a falta de conhecimentos, seja sobre a forma de aceder ao equipamento (média de 2,88; n=25), seja sobre o respetivo funcionamento (média de 1,50; n=22), têm um significado especial porque não poderão deixar de estar muito associadas a uma resposta deficitária dos serviços de saúde, em particular dos seus profissionais. Na verdade, pese embora a omnipresença da informação e da acessibilidade a diferentes conteúdos, os

profissionais da saúde continuam a ser um recurso incontornável – ora como fonte, ora como mediador – no acesso ao conhecimento necessário à manutenção da saúde.

Recursos utilizados

Os recursos envolvidos na relação de cuidados que são mais utilizados (referidos por mais de 10% das pessoas dependentes/cuidadores familiares) foram agrupados em quatro grandes categorias: recursos económicos; recursos institucionais; recursos não profissionais; e, recursos profissionais (gráfico 8).

Entre os recursos económicos, a “pensão/reforma” é o mais comum (94,4% de utilizadores). Este dado está em linha com o que seria expectável, não só pela idade avançada de grande parte das pessoas dependentes no autocuidado, como pela incapacidade para o trabalho frequentemente associada à condição de dependência. Ainda entre os recursos económicos, é de salientar que 45,5% das pessoas dependentes estão total ou parcialmente a cargo da respetiva família. Esta situação não só lembra que muitas reformas e pensões têm valores muito baixos, como significa que, para cerca de 40% dos pensionistas e reformados, as mesmas não são suficientes para suportar as respetivas despesas.

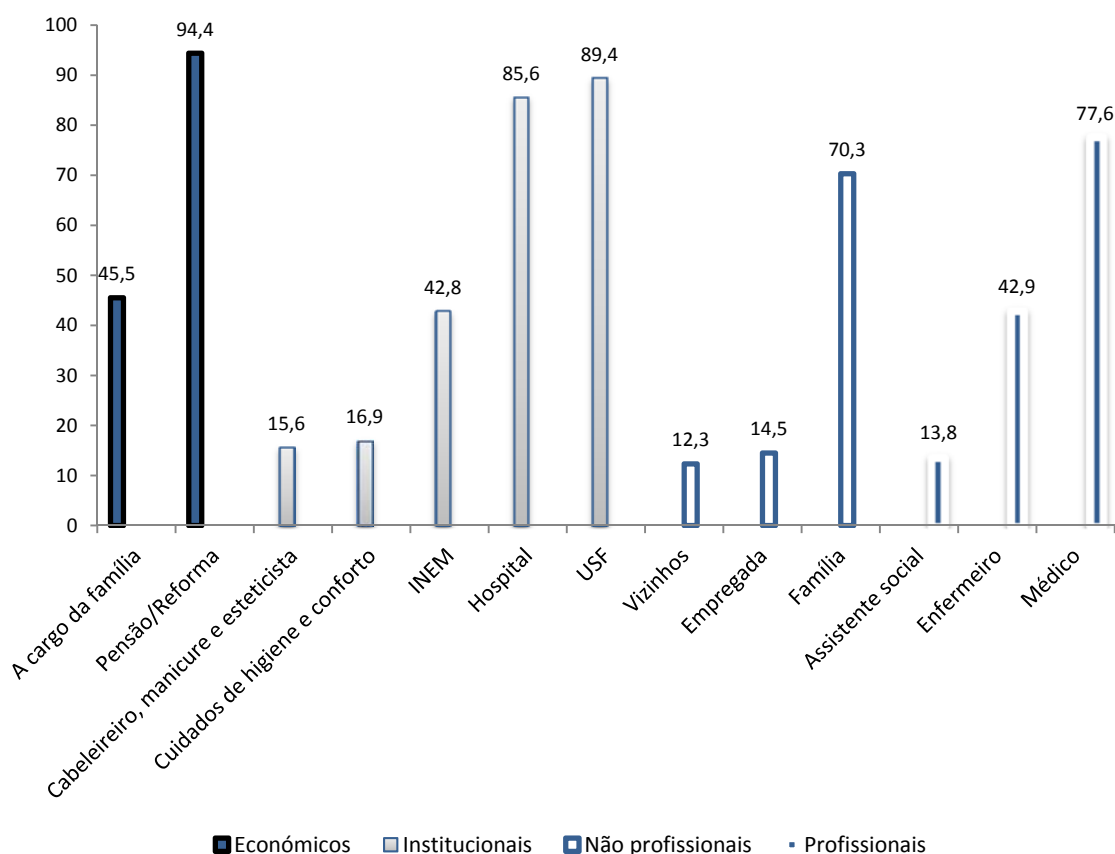


Gráfico 8. Recursos económicos, institucionais, não profissionais e profissionais, mais utilizados

Já quanto aos recursos institucionais, os centros de saúde/unidade de saúde familiar e os hospitais surgem como os mais utilizados, respetivamente, por 89,4% e por 85,6% das pessoas dependentes no autocuidado. Se a elevada utilização do centro de saúde/unidade de saúde familiar está consonante com o modelo de organização e de acesso aos serviços de saúde das pessoas que estão no domicílio com quadros de dependência no autocuidado, já a elevada utilização do hospital não se enquadra na mesma “normalidade”. De facto, como usualmente a ação do hospital não se estende para o domicílio, esta utilização significará a presença da pessoa dependente em consulta de especialidade ou a existência de episódios urgência e/ou de internamento. Particularmente estas duas últimas situações são sinónimos de indesejáveis agravamentos da condição de saúde que, pela frequência com que ocorrem, não deixam de indiciar omissões nos cuidados que são assegurados no domicílio.

O INEM, apesar de menos utilizado (42,8%), não deixa de ser um recurso necessário para muitas famílias. À semelhança do que acontece em relação à utilização do hospital, também o recurso frequente ao INEM traduzirá, de alguma forma, a precária condição de saúde das pessoas dependentes. Em qualquer dos casos, parece patente que, para além das limitações dos cuidadores familiares, também os serviços de saúde de proximidade não estarão a fazer, pelo menos ao nível da manutenção e da vigilância de saúde, o acompanhamento que seria esperado.

Entre os serviços profissionais de apoio e bem-estar (globalmente pouco utilizados), os cuidados de higiene e conforto (16,9%) e o cabeleireiro, manicura e esteticista (15,6%) são os únicos que têm alguma expressão. A crescente oferta deste tipo de serviço tem determinado uma progressiva implantação e uma crescente procura.

No que se refere aos recursos não profissionais, para além do natural peso da família (70,3%), é de salientar que os vizinhos só são identificados como recurso por 12,3% das famílias, o que, de algum modo, não deixa de constituir mais uma constatação da profunda alteração nas relações de vizinhança que se operaram nas últimas décadas, em particular, como é o caso, nos ambientes urbanos. Em contraponto com este decréscimo da importância dos vizinhos, e por força da diminuição do tamanho das famílias e da redução da disponibilidade dos respetivos membros, recorre-se, agora, a empregadas domésticas (14,5%) como forma de garantir a manutenção do familiar dependente no seio da família. Note-se que já se recorre mais a empregadas domésticas do que a vizinhos, no que parece ser uma tendência atual, pese embora aquelas só estejam acessíveis às famílias com mais recursos económicos. Esta constatação traduz uma profunda rutura com algumas das representações ainda

prevalecentes no seio da sociedade que atribuíam às relações de vizinhança uma relevância que, aparentemente, já não têm.

Entre os recursos profissionais, o médico é claramente aquele a que mais famílias recorrem (77,6%), segue-se o enfermeiro (42,9%) e, a uma larga distância, os restantes profissionais da saúde (*e.g.* o assistente social com 13,8%). Perante pessoas com quadros de dependência no autocuidado, muitas das quais permanecem no domicílio, apesar de comum e esperado, não deixa de traduzir alguma distorção na oferta e no acesso aos cuidados de saúde o facto de apenas pouco mais de metade das famílias que utilizam o médico como recurso recorrer ao enfermeiro. De igual modo, tendo presente as precárias condições socioeconómica de muitas famílias e o papel que está atribuído tanto à Rede de cuidados continuados integrados como ao assistente social, seria de prever uma maior utilização destes recursos. Por isso, persiste a dúvida se as diferenças na procura destes profissionais decorrem de um juízo de necessidade por parte das famílias ou mais da dimensão da oferta disponível.

3.1.3. Dependência no autocuidado

Numa análise centrada na realidade vivida em cada uma das freguesias⁹, constata-se que a dependência no autocuidado é, no concelho do Porto, um fenómeno real, mas de distribuição heterogénea (figura 1). Em termos globais (concelho do Porto), 241 famílias clássicas (10,41%) integram no seu seio, pelo menos, um membro dependente no autocuidado. Estes valores aumentam significativamente nas freguesias ribeirinhas do centro histórico de São Nicolau e de Miragaia, respetivamente, com 19,23% e 16% de famílias com, pelo menos, uma pessoa dependente. As restantes freguesias do centro histórico (Sé, Vitória e Cedofeita), bem como a freguesia de Ramalde, apresentam também valores, acima da média do concelho, que se situam entre 11,11% e 12,65%. No polo oposto, ou seja com valores significativamente mais baixos do que a média do concelho, situam-se as freguesias mais ocidentais (Nevogilde, Foz do Douro e Aldoar). Nestes casos as famílias com, pelo menos, uma pessoa dependente, não ultrapassam os 6,42%. As restantes freguesias apresentam valores de famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado que não variam significativamente da média do concelho (de 8,78% no Bonfim a 10,92% em Lordelo do Ouro).

⁹ Apesar de à data de apresentação do relatório a estrutura das freguesias do concelho do Porto ter sido alterada por força da aplicação da Lei n.º 22/2012, de 30 de maio, que aprova o regime jurídico da reorganização administrativa territorial autárquica, mantiveram-se as referências à organização administrativa que existia aquando da definição da amostra e da aplicação dos instrumentos de recolha de dados.

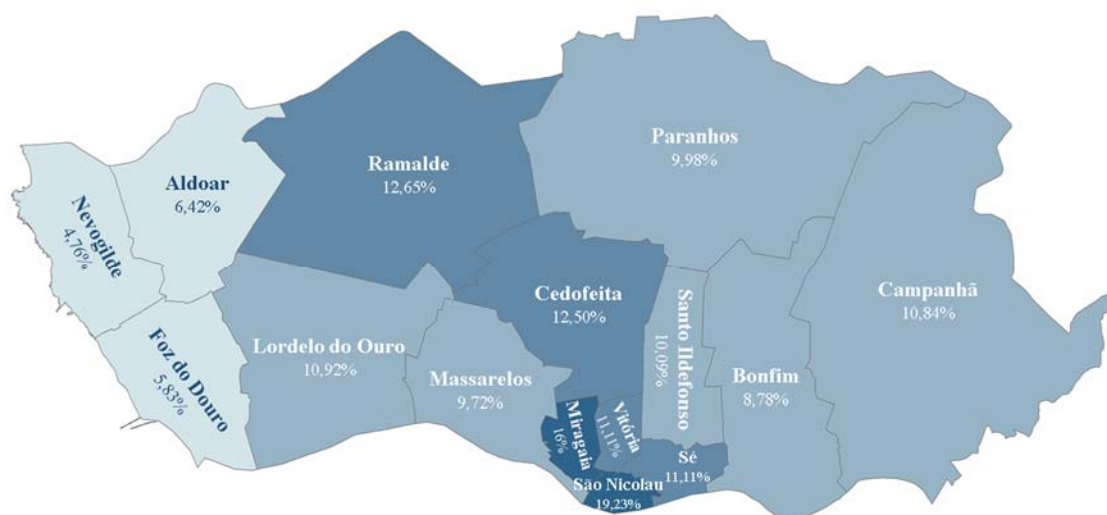


Figura 1. Distribuição das famílias que integram, pelo menos, um membro dependente no autocuidado, por freguesia do Porto

Para uma melhor compreensão da dimensão deste fenómeno seria interessante comparar estes resultados com outros de natureza similar. Acontece que estes não existem. Apesar de tomarem por objeto um fenómeno diferente e de recorrerem a uma metodologia de avaliação distinta, os resultados dos censos constituem a alternativa possível para uma leitura mais integrada da prevalência de famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado. Nas operações censitárias de 2011 não é tratada a dependência no autocuidado, contudo, pela primeira vez, é inquirida a “Dificuldade na realização de atividades do quotidiano devido a problemas de saúde ou decorrentes da idade”. Esta abordagem substitui a anterior identificação dos tipos de deficiência realizada através de um processo de autoavaliação. Atualmente, a autoavaliação mantém-se mas privilegia-se, agora, “*o desenvolvimento de uma metodologia de inquirição na área da incapacidade internacionalmente comparável*” (Instituto Nacional de Estatística, 2012c:374). Para o efeito, foi avaliado o grau de dificuldade que a pessoa sente diariamente, devido a problemas de saúde ou decorrente da idade, na realização de atividades, em seis domínios de funcionalidade (ver mesmo usando óculos ou lentes de contacto; ouvir mesmo usando aparelho auditivo; andar ou subir degraus; memória ou concentração; tomar banho ou vestir-se sozinho; compreender os outros ou fazer-se entender). No concelho do Porto, 17,92% da população declarou ter muita dificuldade, ou não conseguir realizar diariamente, pelo menos, uma das seis atividades avaliadas. De entre estes cidadãos, 56,70% têm 65 ou mais anos de idade, dos quais 70,68% são mulheres e 29,32% são homens. A proporção das pessoas com 65 ou mais anos poderá não ser tão elevada quanto seria de supor. Porém, é necessário ter presente que este grupo etário representa “apenas” 23,18% da população residente no concelho do Porto. Ou seja, é mesmo entre os mais velhos (aqueles que têm pelo menos 65 anos) que a prevalência de casos de “dificuldade na realização de atividades do quotidiano” é mais notória. Note-se, ainda, que, no concelho do Porto, a percentagem de população que apresenta pelo menos uma

“dificuldade na realização de atividades do quotidiano” é mais elevada do que aquela que se verifica no grande porto (15,63%), no Norte do país (16,43%), ou em Portugal continental (17,07%). Esta tendência acentua-se ainda mais entre aqueles que têm 65 ou mais anos.

À data do Censos de 2001 (quando ainda se identificavam, por autoavaliação, os tipos de deficiência), 14% das famílias clássicas integravam, pelo menos, um membro com deficiência. Porém, mais de 50% da população que tinha assumido ter algum tipo de deficiência não tinha qualquer grau de incapacidade atribuído. Da restante população, 16% tinha um grau de incapacidade entre 60 a 80%, enquanto 12% possuía um grau superior a 80% (Gonçalves, 2003b).

Os dados do Censos 2011, apesar de não poderem ser objeto de comparação direta, exprimem uma realidade na qual os resultados do presente estudo adquirem maior pertinência. Mesmo tendo presente que têm por base, apenas, um processo de autoavaliação – o que constitui uma reserva decisiva na respetiva valoração – reforçam a ideia da importância que o fenómeno da dependência no autocuidado tem na sociedade atual e do seu potencial de crescimento no futuro, com particular acuidade no concelho do Porto. De facto, não só o número de pessoas com, pelo menos, uma “dificuldade na realização de atividades do quotidiano” é muito elevado, como tende a aumentar entre as pessoas mais velhas e, estas, como se sabe, continuam a crescer.

3.1.3.1. Dependência no autocuidado em 2011 (estimativa)

Já terminada a recolha de dados, decorreu o Censos 2011. Entretanto, como foram sendo publicados vários dados (a alguns dos quais já se fez prévia referência), considerou-se pertinente “atualizar” os resultados da amostra, pelo que se realizaram algumas projeções para o ano de 2011, a partir da informação disponível (quadro 3).

Postulando que os resultados obtidos em 2009 nas freguesias e no concelho do Porto não são significativamente diferentes dos referentes a 2011 nos mesmos locais, estimou-se que, neste ano, 10 496 das famílias do concelho têm, pelo menos, um familiar dependente no seu seio. As freguesias que se estima tenham maior número de famílias que integram pessoas dependentes são Ramalde (1942) e, com um valor muito próximo, Paranhos (1915). Seguem-se, ainda com valores superiores a 1000 famílias, as freguesias de Campanhã (1404), Cedofeita (1297) e, com valores ligeiramente inferiores, Bonfim (965) e Lordelo do Ouro (943). No conjunto destas seis freguesias, estima-se que residam 8466 famílias com membros dependentes, ou seja 80,66% do total das famílias que integram pessoas dependentes do concelho do Porto. Poder-se-ia esperar que, não estando incluídas neste grupo as freguesias da zona ribeirinha (onde se situam as que apresentam percentagens mais elevadas de famílias com pessoas dependentes), estes valores se ficassem a dever muito mais ao facto das cinco freguesias estarem entre as que têm maior

número de famílias do concelho do Porto, do que à concentração, nessas freguesias, de famílias que integram pessoas dependentes. Porém, não é isso que se verifica. Na realidade, nestas seis freguesias, em 2011, residiam 76,86% do total das famílias clássicas do concelho do Porto, ou seja, uma diferença, para menos, de cerca de 4%, em comparação com a proporção das famílias que integram pessoas dependentes que residem nestas freguesias. De facto, neste conjunto de freguesias, não só o número de famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado é muito elevado, como é muito alta a concentração destas famílias.

Quadro 3. Estimativa do número de famílias que, em 2011, integram pelo menos um membro dependente no autocuidado

Freguesia	Famílias que integram dependentes	% de agregados familiares que integram, pelo menos, um dependente no autocuidado	Famílias – 2011 (censos)	N.º estimado de famílias que em 2011 integram um dependente
Aldoar	7	6,42%	4850	311
Bonfim	23	8,78%	10 994	965
Campanhã	40	10,84%	12 955	1404
Cedofeita	27	12,50%	10 375	1297
Foz do Douro	6	5,83%	4517	263
Lordelo do Ouro	19	10,92%	8631	943
Massarelos	7	9,72%	3064	298
Miragaia	4	16,00%	993	159
Nevogilde	2	4,76%	1985	94
Paranhos	41	9,98%	19 185	1915
Ramalde	41	12,65%	15 352	1942
Santo Ildefonso	11	10,09%	4636	468
São Nicolau	5	19,23%	804	155
Sé	5	11,11%	1583	176
Vitória	3	11,11%	902	100
Porto	241	10,41%	100 826	10 496

Entre as restantes nove freguesias, estima-se que nenhuma tenha mais de 500 famílias que integrem pessoas dependentes no autocuidado. Neste grupo de freguesias, estima-se que vivam 23,14% das famílias clássicas residentes no concelho do Porto e 2030 famílias com pessoas dependentes (o que corresponde a 19,34% do total das famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado). Este conjunto de freguesias, ao contrário do anterior, apresenta realidades muito heterógenas, quer em relação ao número de famílias residentes (de 804 em São Nicolau a 4850 em Aldoar), quer em relação à proporção de famílias que integram pessoas dependentes (de 4,76% em Bonfim a 19,23% em São Nicolau).

3.1.3.2. Mapa da dependência no autocuidado por zonas geográficas

A partir do agrupamento de algumas freguesias e com base na distribuição geográfica dos resultados estimados, ensaiou-se o mapeamento (estimado para 2011) do fenómeno das famílias que integram, pelo menos, uma pessoa dependente no autocuidado, no concelho do Porto. Deste estudo resultam quatro zonas homogêneas, mas em que a intensidade do fenómeno é distinta. Estas quatro áreas incluem: um núcleo central que integra as freguesias da zona histórica (“Porto antigo”), em torno do qual estão dispostos dois anéis concêntricos de freguesias (“Porto central” e “Porto envolvente”) e, claramente delimitado dos demais, um agrupamento de três freguesias mais próximas da orla marítima (“Porto atlântico”) (quadro 4).

O “Porto antigo” compõe o núcleo central constituído pelas freguesias da zona histórica de Miragaia, de São Nicolau, da Sé e de Vitória. Este agrupamento inclui as freguesias com menor número de famílias clássicas residentes (entre 1583 e 804) e com proporções muito elevadas de famílias que integram pessoas dependentes (entre 11,11% e 18,23%).

Quadro 4. Proporção, estimada para 2011, das famílias que integram, pelo menos, um membro dependente no autocuidado, por zona geográfica do Porto

	Famílias 2011 (censos)		Estimativa famílias com dependentes		Proporção famílias com dependentes
	N.º	%	N.º	%	
Porto antigo	4282	4,25%	590	5,62%	13,77%
Porto central	18 075	17,93%	2062	19,65%	11,41%
Porto envolvente	67 117	66,57%	7169	68,30%	10,68%
Porto atlântico	11 352	11,26%	669	6,38%	5,89%
Porto (concelho)	100 826	100%	10 496	100%	10,41%

No “Porto antigo”, residem 4282 famílias (4,25% do conjunto das famílias clássicas do Porto), das quais se estima que 590 tenham no seu seio, pelo menos, um familiar dependente no autocuidado (5,52% do total das famílias com pessoas dependentes). Entre as quatro zonas estabelecidas, é no “Porto antigo” que a proporção de famílias que integram pessoas dependentes em relação às famílias clássicas residentes (13,77%) é mais elevada.

O “Porto central” agrupa as freguesias contíguas ao “Porto antigo” e que o envolvem (Massarelos, Cedofeita e Santo Ildefonso). Nestas freguesias, todas de média dimensão, residem entre 3064 e 10 375 famílias clássicas. De igual modo, as proporções de agregados familiares com pessoas dependentes que residem na freguesia apresentam valores relativamente elevados (entre 9,72% e 12,50%). No “Porto central”, residem 18 075 famílias clássicas (17,93% das famílias clássicas do Porto), das quais, 2062 integram, pelo menos, um familiar dependente no

autocuidado (19,65% do conjunto das famílias com pessoas dependentes), o que significa que uma percentagem elevada (11,41%) das famílias clássicas do “Porto central” integra pessoas dependentes (figura 2).

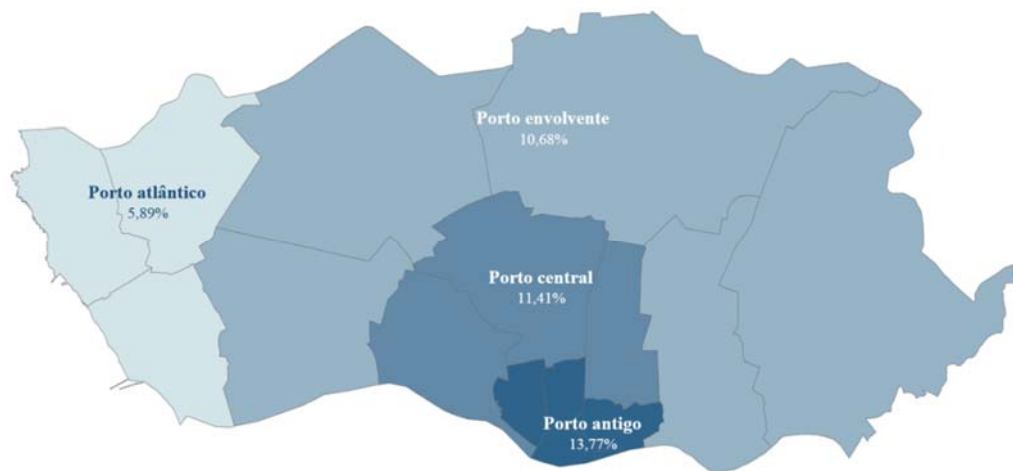


Figura 2. Distribuição das famílias que integram, pelo menos, um membro dependente no autocuidado, por zona geográfica do Porto

O “Porto envolvente” integra as freguesias de Lordelo do Ouro, Ramalde, Paranhos, Bonfim e Campanhã que, no conjunto, constituem uma espécie de bordadura que envolve o “Porto antigo” e o “Porto central” e que, de alguma forma deixa à margem as três freguesias mais ocidentais da cidade. Em relação ao número de famílias residentes nestas freguesias, são todas de média ou grande dimensão (entre 8631 e 19 185 famílias). No que diz respeito à percentagem de agregados familiares com uma pessoa dependente, a mesma varia entre 8,78% e 12,65%, ou seja, apresenta um leque ligeiramente mais alargado de valores (com valores mais altos e mais baixos) do que o que acontecia com o “Porto central”.

Entre as 67 117 famílias clássicas residentes no “Porto envolvente” (correspondentes a 66,57% do total das famílias clássicas do Porto), estima-se que 7169 integrem pessoas dependentes no autocuidado (68,30% do total das famílias com pessoas dependentes no autocuidado). Neste quadro, regista-se que 10,88% das famílias do “Porto envolvente” integram um familiar dependente no autocuidado, o que acentua a tendência de diminuição da prevalência do fenómeno em estudo das zonas mais centrais para as zonas mais periféricas.

À margem da realidade que o “Porto antigo” e os dois anéis envolventes traduzem (elevado número e elevada concentração de famílias que integram pessoas dependentes), subsiste, no extremo ocidental da cidade, um nicho com três freguesias (Foz do Douro, Nevogilde e Aldoar) com uma realidade substancialmente diferente: o “Porto atlântico”.

Nestas freguesias, de média ou pequena dimensão, residem entre 1985 e 4850 famílias clássicas. Já em relação às proporções de agregados familiares com pessoas dependentes

no autocuidado que residem na freguesia, estas apresentam os valores mais baixos do concelho (entre 4,76% e 6,42%).

Este conjunto de resultados indicia, desde logo, a condição marginal do “Porto atlântico”, face à realidade vivida no resto do concelho. Esta expectativa confirma-se quando se constata que, entre as 11 352 famílias clássicas residentes (11,26% do total de famílias), existem 669 que integram, pelo menos, uma pessoa dependente, ou seja, 6,38% do total das famílias que integram pessoas dependentes do concelho Porto. A proporção de famílias do “Porto atlântico” que integram pessoas dependentes é de “apenas” 5,89%, o que, notoriamente, constitui uma situação ímpar no concelho do Porto e contrasta sobremaneira com a realidade do “Porto antigo”, onde essa percentagem é de 13,77% das famílias residentes.

3.1.3.3. Mapa da dependência no autocuidado por ACES

Pelo eventual interesse para o planeamento das políticas de saúde e para a intervenção dos profissionais da saúde, avaliou-se, também, a existência de eventuais diferenças e semelhanças entre dois agrupamentos de freguesias do concelho, previamente constituídos por decisão político-administrativa: o ACES do Grande Porto V – Porto Ocidental (ACES – Porto ocidental) e o ACES do Grande Porto V – Porto Oriental (ACES – Porto oriental).

O ACES – Porto Oriental integra três das maiores freguesias do concelho do Porto: Paranhos, Campanhã e Bonfim, todas localizadas na parte oriental. Estas freguesias apresentam entre si uma grande homogeneidade, quer em relação ao número de famílias clássicas residentes (de 10 994 a 19 185), quer em relação à proporção de famílias que integram pessoas dependentes que residem na freguesia (de 8,78% a 10,84%).

Na área de influência do ACES – Porto Oriental residem 43 134 famílias (42,78% dos agregados familiares do concelho do Porto), das quais, 4284 integram, pelo menos, um familiar dependente no autocuidado, ou seja 40,82% das famílias com pessoas dependentes residentes no concelho do Porto. A proporção de famílias com pessoas dependentes em relação às famílias residentes é de 9,93%, valor ligeiramente inferior ao valor referente ao concelho do Porto.

Na lógica do fenómeno em estudo, o ACES – Porto Oriental representa uma realidade homogénea, consistente com as similitudes das freguesias que o integram. Este facto, aliado a um menor número de famílias com pessoas dependentes e a uma proporção destas famílias, em relação às famílias residentes, ligeiramente inferior, traduz uma realidade menos adversa do que a verificada no ACES – Porto Ocidental.

O ACES – Porto Ocidental inclui doze das quinze freguesias do concelho do Porto: Aldoar, Ramalde, Cedofeita, Miragaia, Vitória, Massarelos, Foz do Douro, Lordelo do Ouro, Nevogilde, Santo Ildefonso, Sé e São Nicolau. Como antes se referiu, são freguesias muito

heterogéneas, quer no que se refere ao número de famílias residentes (de 804 a 15 352), quer em relação à proporção das famílias que integram pessoas dependentes que residem na freguesia (de 4,76% a 19,23%).

Na área de influência do ACES – Porto Ocidental residem 57 692 famílias, o que corresponde a 57,22% das famílias clássicas do concelho. Destas famílias, 6212 incluem um familiar dependente no autocuidado (59,18% do total de famílias com pessoas dependentes). A proporção de famílias que integram pessoas dependentes, em relação às famílias residentes, é de 10,77%.

A realidade que se vive no ACES – Porto Ocidental é, na perspetiva do fenómeno em estudo, marcada pela grande heterogeneidade. A semelhança, aparente, destes resultados com os apresentados pelo ACES – Porto oriental explica-se apenas por se tratar de valores médios em que os extremos se anulam mutuamente. De facto, ao contrário do que acontece no ACES– Porto Oriental, neste coexistem diferentes e díspares microrrealidades, ilustradas pela presença simultânea, quer do conjunto de freguesias em que o fenómeno das famílias que integram pessoas dependentes tem maior expressão, quer das freguesias onde acontece exatamente o oposto. Apesar de a proporção de famílias com pessoas dependentes no autocuidado, em relação às famílias residentes, ser ligeiramente superior à que se regista no concelho do Porto, o ACES – Porto Ocidental, muito em razão da referida heterogeneidade e do maior número de casos, traduz uma realidade que, nas suas diferentes vertente, se aproxima mais daquela que se vive no concelho do Porto.

3.1.3.4. Casos-limite na dependência no autocuidado: os “dependentes-acamados”

A apreciação global da realidade em que vivem as pessoas dependentes no autocuidado não estará completa sem que, com mais pormenor, se perspetive o impacte que diferentes condições de dependência podem ter nas famílias, nos cuidadores familiares e nas próprias pessoas dependentes. Na verdade, não estão na mesma condição de dependência, nem provocam as mesmas consequências, duas pessoas dependentes: uma que, carecendo de um equipamento para o auxílio à marcha, se basta a si própria na satisfação das respetivas necessidades de autocuidado, e outra que, retida no leito, não pode dispensar a ajuda de outras pessoas para tarefas de sobrevivência tão básicas como beber água ou virar-se na cama.

Como se referiu atrás, a dependência não abrange todos os domínios do autocuidado de forma homogénea, nem as consequências são independentes dos domínios afetados e dos níveis de dependência. Assim, a condição individual de dependência é o resultado de um processo dinâmico para o qual concorrem, entre outros fatores, os domínios do autocuidado envolvidos e os respetivos níveis de dependência. Entre o vasto leque de combinações possíveis, os achados deste estudo permitem, desde já, a partir de critérios que a seguir se explicitam, identificar uma

condição, com interesse clínico, que agrega um conjunto de casos com grande similitude, quer nas manifestações, quer nas eventuais consequências.

A análise dos dados permitiu perceber que quando uma dada pessoa está dependente de outras pessoas no autocuidado “transferir-se”, “elevar-se” ou “posicionar-se”, está igualmente dependente de pessoas nos demais domínios do autocuidado, ou seja, está totalmente dependente do cuidador familiar para a manutenção do autocuidado. Neste quadro, a pessoa dependente passa cada dia, ou grande parte dele, confinada ao leito que, deste modo, se transforma no espaço central em que vive e o autocuidado é assegurado. Assim, para a inclusão neste subconjunto específico de pessoas dependentes – que se denominou “dependentes-acamados”¹⁰ – foi estabelecido como critério, ter necessidade de ajuda de outras pessoas para a realização do autocuidado “transferir-se”, “elevar-se” ou “posicionar-se” (quadro 5).

Quadro 5. Número estimado de famílias que integram um “dependente-acamado” no autocuidado, por freguesias do Porto

Freguesia	“Dependentes-acamados”	% de agregados familiares que integram um “dependente-acamado” no autocuidado	% de agregados familiares com pessoas dependentes que integram, um “dependente-acamado” no autocuidado	Famílias – 2011 (censos)	N.º estimado de famílias que, em 2011, integram um “dependente-acamado”
Aldoar	1	1,07%	16,67%	4850	52
Bonfim	6	3,29%	37,50%	10 994	362
Campanhã	9	4,07%	37,50%	12 955	527
Cedofeita	8	7,14%	57,14%	10 375	741
Foz do Douro	1	2,92%	50,00%	4517	132
Lordelo do Ouro	7	4,78%	43,75%	8631	412
Massarelos	2	3,24%	33,33%	3064	99
Miragaia	1	5,33%	33,33%	993	53
Nevogilde	0	0,00%	0,00%	1985	0
Paranhos	7	2,33%	23,33%	19 185	447
Ramalde	8	4,60%	36,36%	15 352	706
Santo Ildefonso	1	1,26%	12,50%	4636	58
São Nicolau	1	4,81%	25,00%	804	39
Sé	2	4,44%	40,00%	1583	70
Vitória	0	0,00%	0,00%	902	0
Porto	54	3,58%	34,39%	100 826	3698

Aplicados os critérios referidos, identificaram-se 54 “dependentes-acamados” que, posteriormente, se verificou integrarem igual número de famílias.

¹⁰ Preferiu-se o termo “acamado” ao latinismo “alectuado” (de *lectu*- leito), também usado, por este não ser reconhecido pela generalidade dos dicionários da língua portuguesa e aquele constituir um termo da gíria profissional que traduz um conceito (“confinado ao leito”) comungado pelos enfermeiros.

Note-se, assim, que das 157 famílias – efetivamente avaliadas pelos investigadores (enfermeiros) – que incluem familiares dependentes no autocuidado, uma em cada três integra um “dependente-acamado”. Não se trata apenas de uma condição de grande dependência no autocuidado que exige, da parte do respetivo cuidador familiar, uma atenção permanente, bem como uma ação qualificada e de grande intensidade, para a realização das atividades de autocuidado, mas, de igual modo, de uma realidade que tem uma expressão muito significativa entre as famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado.

As 54 famílias que integram membros “dependentes-acamados” estão distribuídas por 13 das 15 freguesias do concelho do Porto. Na realidade, na amostra do estudo, não foram identificadas quaisquer famílias nas freguesias de Nevogilde e Vitória que integrassem familiares na condição de “dependentes-acamados”. Esta situação guardará relação com o reduzido número de famílias residentes nestas freguesias e, conseqüentemente, com o reduzido número de representantes que constituiu a amostra. Em relação às frequências absolutas de famílias com “dependentes-acamados”, como seria expectável, é nas grandes e médias freguesias que se registam os valores mais elevados. Não obstante, a frequência mais elevada (nove casos em Campanhã) não acontece na freguesia mais representada na amostra (Paranhos).

Apurada a distribuição pelas freguesias do concelho do Porto das famílias com membros “dependentes-acamados”, calculou-se a proporção de famílias com membros “dependentes-acamados” em relação ao conjunto das famílias que integram pessoas dependentes (com base nas 157 famílias que os investigadores avaliaram e confirmaram integrar, pelo menos, um familiar dependente) e em relação ao número de famílias da amostra.

Não obstante os resultados relativos às freguesias com menor número de representantes na amostra deverem ser lidos com o necessário cuidado já que decorrem de frequências com um número de casos muito baixo, realizaram-se algumas estimativas, postulando que os resultados obtidos em 2009 no concelho e nas freguesias do Porto não são significativamente diferentes dos referentes a 2011 nos mesmos locais.

Em relação aos dados globais referentes ao concelho do Porto, estima-se que 3,58% das famílias clássicas residentes, ou seja 3610 famílias, integrem um membro “dependente-acamado”.

Na análise da frequência estimada por freguesia, contacta-se que a de Cedofeita é a que tem um maior número de famílias com um membro “dependente-acamado” (741 famílias), seguida por Ramalde (706), Campanhã (527), Paranhos (447) e Lordelo do Ouro (412). Nestas cinco grandes freguesias estão concentrados mais de três quartos das famílias que integram “dependentes-acamados” do concelho do Porto. De facto, e tal como se verifica em relação às famílias que integram pessoas dependentes, o maior número de famílias com “dependentes-acamados” não se situa no centro histórico, mas antes nas grandes freguesias circundantes.

Entre as freguesias que têm uma proporção de famílias que integram “dependentes-acamados” mais elevada do que a registada no concelho, Cedofeita, com 7,14%, destaca-se de todas as outras.

As freguesias da zona ribeirinha do centro histórico, à semelhança do que acontece com as famílias que incluem membros dependentes no autocuidado em geral, registam também valores elevados (figura 3). É o caso das freguesias de Miragaia (5,33%), de São Nicolau (4,81%) e da Sé (4,44%). Porém, valores próximos destes registam-se também em algumas das freguesias envolventes, como são os casos de Lordelo do Ouro (4,78%), Ramalde (4,60%) e Campanhã (4,07%). Qualquer uma destas freguesias estava já entre as que tinham maior concentração de famílias com pessoas dependentes (entre 10,84% e 19,23% das famílias). Acresce que, na freguesia de Cedofeita, as famílias com “dependentes-acamados” representam mais de metade das famílias que integram pessoas dependentes (57,14%).

Estes achados, que contribuem para a caracterização global do fenómeno da integração na família de pessoas dependentes no autocuidado, evidenciam a expressão inquietante que o mesmo tem nestas freguesias, sobretudo quando se leva em consideração que o envelhecimento e a pobreza têm maior expressão entre os residentes destas freguesias. Aparentemente, continua a ser nas zonas mais envelhecidas e mais desfavorecidas que as famílias, independentemente do nível de dependência no autocuidado, mais insistem em manter os membros dependentes no autocuidado no seu seio ou menos encontram outra solução alternativa.

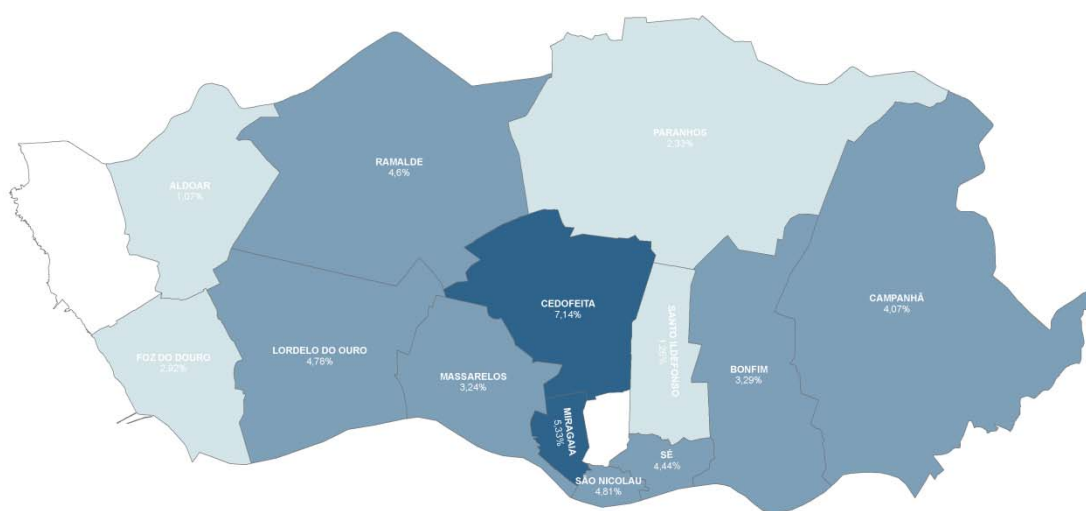


Figura 3. Distribuição das famílias que integram um “dependente-acamado” no autocuidado, por freguesia do Porto

No polo oposto, ou seja, entre as freguesias que têm uma proporção de famílias que integram “dependentes-acamados” mais baixa do que a registada no concelho (excluindo, pelas razões

antes referidas, as freguesias de Nevogilde e Vitória), destacam-se as freguesias mais ocidentais com localização junto ou próxima da orla marítima: Aldoar (1,07%) e Foz do Douro (2,92%) e, ainda, a freguesia do centro histórico de Santo Ildefonso (1,26%). Acrescente-se que em cada uma destas freguesias só foi identificada uma família com “dependentes-acamados”, o que exige prudência na interpretação destes resultados, apesar de qualquer uma destas freguesias, ao contrário do que acontecia com Nevogilde e Vitória, ser de média dimensão. Também Paranhos (a freguesia do Porto com maior número de famílias residentes) apresenta uma proporção de famílias que integram “dependentes-acamados” (2,33%) inferior à do concelho do Porto. Destas freguesias, as da Foz do Douro e de Aldoar (juntamente com Nevogilde) constituíam o grupo das freguesias com menor concentração de famílias com pessoas dependentes em geral (respetivamente, 5,85%, 6,42% e 4,76%). Claramente, estas freguesias refletem uma realidade distinta das demais do concelho, que se caracteriza pelo facto de a integração no seio da família dos membros dependentes constituir uma prática menos frequente. Tratando-se de freguesias menos envelhecidas, será de admitir que a frequência de situações de dependência no autocuidado seja menor e que, estando mais membros da família integrados no mercado de trabalho, exista menor disponibilidade para assumir o papel de cuidador familiar. Poder-se-á, por isso admitir que, tratando-se de zonas associadas a menos pobreza e a melhores condições socioeconómicas estes fatores se conjuguem com os atrás referidos e isso conduza a que mais famílias optem pela institucionalização dos familiares dependentes no autocuidado.

Nas restantes freguesias, a realidade que as caracteriza não se afasta significativamente dos valores médios que caracterizam a situação no concelho do Porto.

3.1.3.5. Mapeamento dos “dependentes-acamados” por área geográfica

Tendo presente as contingências decorrentes das baixas frequências absolutas de casos de famílias com “dependentes-acamados” em algumas freguesias, procedeu-se ao agrupamento de algumas delas. Num primeiro momento, admitiu-se manter as quatro zonas previamente estabelecidas no mapeamento da dependência no autocuidado. Não obstante, registavam-se frequências absolutas inferiores a cinco. Em alternativa, optou-se pela criação de apenas duas zonas por fusão das quatro anteriores, respeitando a respetiva concentricidade geográfica. Deste ensaio resultaram duas zonas: a “baixa do Porto” (por junção das zonas “Porto antigo” e “Porto central”) e a “periferia de Porto” (por fusão das zonas “Porto envolvente” e “Porto atlântico”).

A partir dos dados resultantes da estimativa para 2011, projetou-se a prevalência das famílias que integram “dependentes camados” para cada uma destas zonas (quadro 6).

Quadro 6. Proporção, estimada para 2011, das famílias que integram um membro “dependente-acamado” no autocuidado, por zona geográfica do Porto

	Famílias 2011 (censos)		Estimativa de famílias com dependentes- acamados		Proporção de famílias dependentes- acamados
	N.º	%	N.º	%	
Baixa do Porto	22 357	22,17%	1060	28,66%	4,74%
Porto exterior	78 469	77,83%	2638	71,34%	3,36%
Porto (concelho)	100 826	100%	3610	100%	3,58%

Estima-se que na “baixa do Porto” residam 1060 famílias que integram familiares “dependentes-acamados” o que corresponde a 22,17% do total das famílias com “dependentes-acamados” do concelho do Porto. Tal como se verifica em relação às famílias que integram pessoas dependentes, em geral, é nesta zona mais antiga da cidade que se regista a proporção mais elevada de famílias que integram pessoas dependentes em relação as famílias clássicas residentes (4,74%) (figura 4).

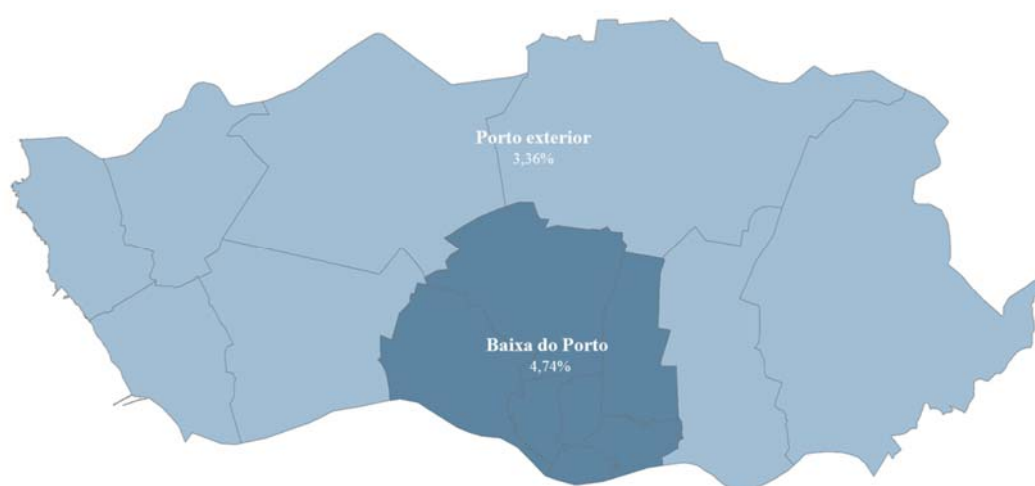


Figura 4. Distribuição das famílias que integram um “dependente-acamado” no autocuidado, por zona geográfica do Porto

Estima-se que no “Porto exterior” resida o maior número de famílias com “dependentes-acamados”, 2638, ou seja, 71,37% do total de famílias que integram dependentes-acamados. Não obstante, e apesar de estar relativamente próximo do valor registado no concelho do Porto, a proporção de famílias com “dependentes-acamados” em relação às famílias residentes é inferior, situando-se em 6,49%.

Previsivelmente, este problema não se restringe ao concelho do Porto, apesar de, como acontece no interior do próprio concelho, não ter, previsivelmente, uma distribuição uniforme. Não obstante, para se ter uma perceção mais próxima do que poderá ser a real dimensão deste

fenómeno em áreas mais alargadas, valerá a pena estimar a prevalência destes casos-limite da dependência no autocuidado.

Assim, postulando que os resultados obtidos em 2009 e no concelho do Porto não são significativamente diferentes, nem do território nacional (sem as regiões autónomas), nem da região Norte, nem do grande Porto, pode estimar-se, para 2011, o número de famílias clássicas que integram membros dependentes no autocuidado e o número de famílias clássicas que integram “dependentes-acamados” no autocuidado.

Assim, estima-se que em Portugal continental, 402 782 famílias clássicas integrem, pelo menos, um familiar dependente no autocuidado, sendo que, em 85 509 destas, o familiar dependente será um “dependente-acamado”.

Considerando apenas as famílias residentes na região Norte, o número estimado de famílias com um familiar dependente será de 138 546, das quais, 29 413 famílias incluem no seu seio um “dependente-acamado”.

Caso se considere os concelhos que integram o denominado Grande Porto, o número estimado de famílias com uma pessoa dependente no autocuidado será de 50 954, enquanto o de famílias que integram um “dependente-acamado” será de 10 817 famílias clássicas (das quais, um quinto reside no concelho do Porto).

Estes valores, em particular os referentes aos “dependentes-acamados”, deixam um alerta para a importância que este fenómeno assume já nos dias de hoje, no âmbito das necessidades em cuidados de saúde. Acresce que, com o previsível envelhecimento populacional, a dimensão e a acutância do fenómeno terão tendência a aumentar, tornando mais urgente uma resposta da sociedade em geral e das entidades públicas em particular.

3.1.4. Referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Uma parte significativa das pessoas dependentes no autocuidado avaliadas neste estudo observa, quer os requisitos previstos no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, quer mesmo os critérios de referenciação expostos na Diretiva Técnica n.º 1/UMCCI/2008, de 7 de janeiro, para estarem abrangidas pela Rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI ou Rede). Acontece que, tanto quanto foi possível apurar, por diferentes razões, algumas das quais caem na esfera da responsabilidade dos serviços e dos profissionais da saúde, não estavam referenciados. A mais óbvia poderá estar relacionada com o facto de, à data da recolha de dados, a Rede ainda não ter capacidade de resposta instalada (apesar de legalmente constituída há três anos). As outras estarão relacionadas, quer com falhas, por parte das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados e/ou das equipas de gestão de altas, no processo de referenciação para ingresso na Rede, quer com falhas no processo de admissão às diferentes tipologias de unidade e/ou de

equipa. Como consequência destas disfuncionalidades do sistema, as pessoas dependentes e os cuidadores familiares aparentam estar abandonados à sua sorte, vivendo, entre paredes, um drama que ninguém quer ver. O que pode ter sido uma decisão livre (a opção pela permanência no seio da família da pessoa dependente) não isenta os serviços e os profissionais da saúde da responsabilidade futura no acompanhamento da situação e na atuação face aos desenvolvimentos que entretanto se registem, nomeadamente ao nível da condição de saúde da pessoa dependente. Esta realidade que as pessoas dependentes e os respetivos cuidadores familiares vivem em família, para além de toda a estranheza que possa causar, reforça a necessidade de apoio profissional.

3.1.5. Síntese

Do conjunto das 157 famílias clássicas que integram pessoas dependentes no autocuidado, apenas três incluem dois membros nesta condição.

A generalidade destas famílias (95%) não tem mais de um núcleo, sendo constituída, em média, por três pessoas. Os rendimentos mensais do agregado familiar (421 euros, *per capita*) estão abaixo do salário mínimo, sendo que em 6% das famílias não ultrapassam os 250 euros.

Os alojamentos familiares têm em média de 41 m² de área útil e três divisões por ocupante, porém, uma parte importante destes (15%) carece de grandes ou muito grandes reparações.

Em relação às pessoas dependentes, a maioria tem mais de 80 anos (55%) e é do sexo feminino (69%). A viuvez é o estado civil dominante (52%). Em relação à escolaridade, 87% não tem mais do que o ensino básico, sendo que 40% não frequentou sequer a escola. Os familiares dependentes no autocuidado estão nesta condição, há cerca de seis anos, na sequência de um processo que, em 71% dos casos, se instalou de forma gradual. Têm regimes medicamentosos complexos (em média cinco fármacos diferentes e sete medicamentos por toma diária). E, no último ano, 34% tiveram, pelo menos, um internamento e 54% recorreram, pelo menos uma vez, ao serviço urgência.

No que se refere às necessidades de autocuidado da pessoa dependente, constata-se que os diferentes domínios não estão envolvidos de modo similar. De facto, o domínio “alimentar-se” é aquele que está mais frequentemente comprometido (79%) enquanto no polo oposto, o domínio “posicionar-se” é o menos afetado (24%). Contudo, quando este último domínio está envolvido, usualmente todos os outros estão comprometidos. Quando se observa a condição de saúde destas pessoas dependentes, constata-se que 64% apresentam rigidez articular, porém “apenas” 5% apresentam sinais de desnutrição.

O papel de cuidador familiar é frequentemente (41%) assumido pelas filhas/os da pessoa dependente, sendo o sexo feminino claramente dominante (83%). Entre estes cuidadores, 76%

são casados (ou vivem em união de facto) e mantêm uma ocupação profissional (65%), porém, 80% continuam a coabitar com a pessoa dependente. A maioria destes cuidadores tem entre 18 e 65 anos (70%), mas 9% têm mais de 80 anos. Em relação à escolaridade, mais de metade (57%) não têm mais do que o ensino básico.

Os cuidadores familiares percebem-se globalmente muito eficazes no exercício do papel, em particular para vestir e despir o familiar dependente. Não obstante, reconhecem-se menos eficazes para “posicionar”. Asseguram os cuidados que consideram necessários, dando mais atenção aos que se relacionam com a alimentação e com a higiene e menos aos que exigem competências mais diferenciadas como posicionar, transferir e mobilizar o familiar dependente.

Para a realização do autocuidado das pessoas dependentes são utilizados apenas 60% dos equipamentos considerados necessários. É no autocuidado “andar” que mais equipamentos necessários são utilizados (83%), enquanto para “arranjar-se” a taxa de utilização desses equipamentos é de zero. Não desejar é a razão mais vezes evocada para justificar a não utilização dos equipamentos necessários.

Em relação aos recursos envolvidos, a “pensão/reforma” é, entre os recursos económicos, o mais usual (94,4%). Entre os profissionais da saúde, os médicos constituem-se claramente como um recurso mais utilizados do que os enfermeiros (78% e 43%, respetivamente). Já a família é o recurso não profissional a que mais se recorre (70%), num contexto em que as empregadas domésticas (15%) já têm mais peso do que os vizinhos (12%).

O fenómeno da dependência no autocuidado atinge 10% das famílias clássicas do concelho do Porto. A distribuição das taxas de prevalência destas famílias pelas freguesias do concelho é muito heterogénea, porém com um padrão de proximidade geográfica. Os valores mais altos registam-se no “Porto antigo”, diminuindo em semicírculos concêntricos à medida que as freguesias se afastam daquele núcleo central, atingindo os valores mais baixos na periferia ocidental (“Porto atlântico”).

Destas famílias, uma em cada três (34%) integra um “dependente-acamado” o que significa que quase 4%, ou seja mais de 3600 famílias do conjunto das famílias do Porto, integram um “dependente-acamado”. A implantação geográfica destas famílias com “dependentes-acamados” não apresenta alterações significativas em relação ao conjunto das famílias que integram pessoas dependentes, mantendo-se uma tendência de diminuição da concentração destes casos do centro para a periferia.

Estes resultados, não só reforçam a convicção de que, no concelho do Porto, a prevalência dos casos em que a pessoa dependente no autocuidado está integrada na respetiva família constitui um problema real que carece de atenção particular e que não dispensa o enquadramento à luz das disposições que regulamentam a Rede nacional de cuidados continuados integrados.

3.2. Manter na família ou institucionalizar a pessoa dependente no autocuidado

Mesmo num estudo centrado na avaliação do autocuidado das pessoas dependentes e na assistência, no domicílio, por parte dos respetivos cuidadores familiares, a institucionalização não é uma mera questão paralela, mais não fosse porque se constitui como a primeira opção em alternativa à permanência na família.

A condição de dependência no autocuidado constitui um caso particular – mas comumente associado ao envelhecimento – do crescente fluxo do alojamento familiar para os lares residenciais, dos membros mais velhos da família. Como antes se referiu, a dependência no autocuidado caracteriza-se pela necessidade da ajuda de outras pessoas e/ou equipamentos para a realização do autocuidado; quando exige a intervenção regular e continuada de outras pessoas, urge encontrá-las. A resposta poderá estar, umas vezes, dentro de casa, no seio da família; outras, na institucionalização num lar. Uma e outra têm seguramente circunstâncias que as caracterizam e que, no caso concreto das pessoas dependentes, não são integralmente conhecidas.

Assim, o projeto integral de investigação incluía uma extensão (que em parte se consubstanciou num dos estudos realizados por um dos elementos da equipa de investigação) em que se procurou, a partir do olhar dos representantes das famílias que têm parentes¹¹ institucionalizados, explorar a problemática da institucionalização das pessoas dependentes do concelho do Porto. Entre outros aspetos, procurou-se conhecer o número de famílias clássicas com familiares institucionalizados, identificar os fatores/razões que, na perspetiva dessas famílias, surgem associados à decisão de institucionalizar um dos seus familiares, bem como, os requisitos que consideram pertinentes para poderem assumir o cuidado dos seus familiares, no domicílio.

Em razão dos dados disponíveis, procedeu-se a uma análise comparativa dos contextos de acolhimento, centrada nas características sociodemográficas e de alojamento de cada um dos grupos: o das pessoas dependentes que permanecem em casa (familiares residentes) e o das pessoas institucionalizadas (parentes institucionalizados). Esta análise poderá contribuir para compreensão das razões das famílias que, quando confrontadas com casos de dependência no autocuidado no seu seio, ora declinam a possibilidade de assegurar os cuidados optando pela institucionalização, ora assumem o cuidado ao familiar dependente no seio da própria família. A análise destes achados pode, assim, constituir-se como um contributo relevante para o aprofundamento da compreensão das determinantes do cuidado familiar às pessoas dependentes.

¹¹ O termo parente distingue-se do termo familiar. O primeiro refere-se à existência de laços de parentesco (no caso do presente estudo) independentemente da existência de coabitação. Já o termo familiar pressupõe a coabitação dos membros da família.

3.2.1. A institucionalização no concelho do Porto

No conjunto dos 2314 representantes das famílias que responderam ao formulário preliminar, 148 afirmaram ter um parente próximo¹² “*internado num lar ou noutra instituição de saúde*”, o que representa 6,4% dos representantes da família inquiridos. Trata-se já de uma parcela da população significativa que traduz, nas palavras de Pimentel (2005), o aumento da procura de lares da terceira idade.

De notar que a grande maioria dos parentes está internada em lares residenciais (92,7%) ou em unidades da rede de cuidados continuados (3,7%), ou seja, numa instituição vocacionada para o acolhimento de idosos e/ou pessoas com dependência no autocuidado (e não para o tratamento de doenças). Logo, em abstrato, esta parcela da população poderia estar integrada na respetiva família.

Estes números dão uma ideia clara da importância que os lares residenciais e as outras instituições similares têm no acolhimento de idosos e/ou pessoas com dependência, porém não traduzem, de imediato, a amplitude das situações em que se coloca à família o dilema: casa ou instituição? Antes da institucionalização, a maioria (64,5%) dos parentes institucionalizados integrava um núcleo familiar diferente do contactado (tanto poderiam residir sozinhos como, por exemplo, coabitar com parentes membros de outras famílias). Não coabitando com o parente agora institucionalizado, não é possível formar uma convicção quanto ao envolvimento dos respondentes na opção por um lar. Porém, como 35,5% dos parentes institucionalizados coabitava com o respondente familiar, pode afirmar-se que será sempre superior a 2% a percentagem das famílias clássicas do Porto que, num dado momento, decidiram mudar um parente do ambiente familiar para uma instituição de acolhimento (lar).

3.2.2. A condição da pessoa dependente institucionalizada

Para a generalidade dos respondentes (89,3%), a decisão de institucionalizar esteve relacionada com a instalação de algum tipo de dependência no parente. Esta condição de dependência – que, na maioria dos casos (79,0%), se terá instalado de forma gradual – terá ficado a dever-se sobretudo ao processo de envelhecimento (63,5%) e/ou à ocorrência de doenças crónicas (48,6%). A estes dados importa acrescentar que, antes da institucionalização, o parente do respondente já se encontrava dependente, em média, há 6,3 anos. Todas estas causas guardam relação com algum nível de degradação da condição de saúde do parente antes da decisão da respetiva institucionalização. Esta deterioração, mais ou menos gradual, vai exigir outros requisitos à família, nomeadamente mais disponibilidade de tempo e novas competências na prestação de cuidados. Quando este desafio se mostra insuperável, coloca-se a possibilidade

¹² Consideraram-se parentes próximos as pessoas que, em relação ao respondente ou ao respetivo cônjuge, tinham uma relação de parentesco do tipo: pai/mãe; irmão/irmã; marido/esposa; filho/filha.

de institucionalizar. Como concluíram Caron e colaboradores (2006), a deficiente condição de saúde é um fator que contribui para a institucionalização. Na mesma linha Pimentel reconhece que *“a perda de autonomia física é um fator determinante na opção do internamento”* acrescentando que *“muitos dos idosos que residem nos lares são fisicamente dependentes”* (2005:58).

No que concerne aos domínios do autocuidado em que, antes da institucionalização, era mais notória a “dependência”, o “cuidar da higiene pessoal” e o “tomar banho” (cada uma com 89,4 de referências) são os mais afetados, seguindo-se a “autoadministração de medicação” (85,7%) e o “arranjar-se” (84,8%). As únicas dimensões não referidas pela maioria dos respondentes foram o “alimentar-se” (46,7%) e o “virar-se” (47,6%). As elevadas percentagens registadas em todos os domínios do autocuidado dão a ideia de que, para a generalidade dos parentes, o autocuidado estava transversalmente comprometido. Sendo notório que 47,6% dos parentes estavam dependentes para se virarem, e traduzindo a perda deste autocuidado, como antes se verificou, um quadro de grande dependência, é evidente a situação de extrema dificuldade em que se encontravam muitos parentes e respetivas famílias, antes da institucionalização.

Estes dados, desde logo, configuram um quadro que caracteriza a circunstância em que se inscreve a decisão de institucionalizar o familiar: lenta e gradualmente, a dependência no autocuidado vai-se instalando, a família procura responder e responde até que, mais adiante, a rutura acontece e a institucionalização torna-se inevitável. Deste modo, a institucionalização não acontece como primeira opção, antes como uma solução de recurso quando a capacidade de resistir se esgotou. Estas constatações parecem retirar do domínio da racionalidade as razões que sustentam a opção por um lar, o que recoloca a questão da “melhor” decisão. Será que a decisão se centra nos interesses do familiar ou é influenciada pelas conveniências da família?

3.2.3. As razões para a institucionalização

A institucionalização de um familiar dependente no autocuidado poderá ser influenciada, para além da respetiva condição de saúde, por outros fatores que importa conhecer.

O apoio à prestação de cuidados

A falta de apoio no cuidado ao familiar, quer das estruturas informais (e.g. outros familiares ou vizinhos), quer da rede formal (e.g. profissionais da saúde), é apontada como principal motivo para a institucionalização (indicadas, respetivamente, por 56,7% e 52,9% dos respondentes). Também Pimentel (2005) considera que a insuficiência do que denomina serviços de proximidade é uma das razões pela qual o idoso não se mantém no domicílio.

São, ainda, indicados como motivos para a institucionalização, a falta de tempo do respondente (50,0%) e as alterações que a permanência em família da pessoa dependente determina na vida

social do respondente (36,4%). A alteração da vida social, que é frequentemente associada por vários autores a situações de *burnout* do cuidador familiar e que é apontada por Cho (2009) como um preditor da institucionalização, não tem aqui uma grande expressão.

Em qualquer dos casos, na ponderação destes resultados, não poderá deixar de ter-se presente que apenas 35,5% dos respondentes tinham coabitado com a pessoa dependente, pelo que muitos não terão experienciado um estado de esgotamento e cansaço que só o convívio quotidiano com o exercício do papel é capaz de trazer.

O alojamento

O tipo de alojamento das famílias de origem também se apresenta como uma variável que pode influenciar a opção entre a permanência em casa e a institucionalização. Caron e colaboradores (2006) apontam as condições do domicílio como um dos fatores que conduzem à institucionalização. A análise comparativa da distribuição pelos diferentes tipos de alojamentos, nos dois grupos, deixa a indicação de que nas famílias que vivem em apartamentos haverá maior tendência para a institucionalização. Na verdade, 65,4% das famílias que têm um familiar institucionalizado vivem em apartamentos enquanto entre as famílias em que a pessoa dependente permanece em casa, essa percentagem reduz-se para 46,9%. Já entre as famílias que vivem em moradias, a tendência dominante será para a permanência em casa (36,9% das famílias em que as pessoas dependentes permanecem em casa e 26,9% das famílias em que os parentes dependentes estão institucionalizados).

De igual modo, o tamanho do alojamento parece favorecer a ideia de que as pessoas institucionalizadas têm menos condições para a permanência em casa. Realmente, as famílias que prestam cuidados aos seus familiares dependentes têm casas ligeiramente maiores: 127 metros quadrados, contra 101,83 metros quadrados das casas das famílias com parentes institucionalizados.

Pelo contrário, constata-se que, com uma diferença significativa ($t(236) = -2,16, p = 0,032$), os alojamentos das famílias em que os parentes dependentes estão institucionalizados têm um maior número de divisões (6,81) do que os alojamentos em que as pessoas dependentes permanecem integradas na família (6,16).

No que se refere à presença de algumas condições básicas no alojamento, como é o caso da existência de água canalizada e de instalações de banho e duche, não se registam diferenças significativas entre os dois grupos. O mesmo acontece em relação à existência de vaso sanitário. Com efeito, o número reduzido de alojamentos sem vaso sanitário (sete, todos em alojamentos em que a pessoa dependente permanece integrada na família) não permite afirmar que essa diferença é estatisticamente significativa.

No que se refere à existência de aquecimento no alojamento, há uma associação significativa em função da permanência na família ou da institucionalização da pessoa dependente ($\chi^2(1)=5,21$, $p=0,022$). Apesar de a maioria dos alojamentos, em qualquer dos contextos, ter aquecimento, essa maioria é mais robusta nos alojamentos das famílias com parentes institucionalizadas (83,33%) do que nos alojamentos das famílias que integram pessoas dependentes (71,09%).

No que se refere às condições de acessibilidade ao alojamento por pessoas com mobilidade comprometida, há igualmente uma associação significativa em função da permanência na família ou da institucionalização da pessoa dependente ($\chi^2(1)=6,83$, $p=0,009$). Enquanto na maioria dos alojamentos que não têm acessibilidade a pessoas com mobilidade comprometida vivem famílias que integram pessoas dependentes (63,13%), na maioria dos alojamentos que têm acessibilidade a pessoas com mobilidade comprometida vivem famílias com parentes institucionalizados (62,96%).

As características da família

Nem o número de ocupantes do alojamento, nem mesmo o número de membros da família, referem, em bom rigor, a quantidade de familiares disponíveis para participar no processo de cuidados, porém não deixam de constituir uma informação relevante para a compreensão das opções da família.

Em relação ao número de membros da família, regista-se uma diferença significativa entre as famílias que integram pessoas dependentes e as famílias com parentes institucionalizados ($t(275)=2,55$, $p=0,011$). As famílias que com pessoas dependentes no seu seio têm mais membros, em média 3,06 (com desvio padrão de 1,64), enquanto as famílias com parentes institucionalizados têm em média 2,58 membros (com desvio padrão de 1,22). No mesmo sentido, também em relação ao número de ocupantes do alojamento, há diferenças significativas entre estes dois grupos ($t(286)=2,67$, $p=0,008$). Os alojamentos das famílias em que as pessoas dependentes permanecem em casa têm mais ocupantes, em média de 3,03 (com desvio padrão de 1,67), do que os alojamentos das famílias com parentes dependentes institucionalizados, em que a média é de 2,52 (com desvio padrão de 1,27). A dimensão da família e o número de residentes influenciam a escolha entre a permanência na família ou a institucionalização. Sem surpresa, a opção pelos lares residenciais é mais frequente nas famílias mais pequenas e nos alojamentos com menos residentes (em princípio, com menos disponibilidade de “mão-de-obra” familiar).

O tipo de família também não varia significativamente conforme os familiares dependentes estão integradas na família ou institucionalizados. Em sintonia, em relação à dimensão das famílias, as famílias clássicas com um núcleo são largamente maioritárias, quer num grupo, quer no outro.

Curiosamente, e ao contrário do que em princípio seria esperado, as famílias sem núcleos são mais comuns (27,3%) entre as famílias que integram pessoas dependentes do que entre aquelas que têm parentes institucionalizados (18,4%).

Os rendimentos

Estudos como o de Prado e Petrilli (2002) apontam as carências económicas das famílias como uma das razões principais para a institucionalização. Porém, na análise comparativa dos rendimentos dos dois grupos de famílias em análise não se identificou qualquer diferença significativa.

A idade

A idade média das pessoas dependentes que permanecem no seio da família e dos parentes dependentes institucionalizados é muito semelhante: 78,8 anos com um desvio padrão de 13,7 anos, no primeiro caso, e 78,5 anos com um desvio padrão de 14,6 anos, no segundo caso. Como seria de esperar, a idade, em qualquer dos grupos, é muito elevada. Porém, como se constata, a idade, por si, não favorece uma ou outra opção.

O sexo

Em relação ao sexo das pessoas dependentes, os dois grupos não apresentam diferenças que se revelem significativas. Em qualquer dos grupos, a maioria das pessoas dependentes é, como já antes se referiu, do sexo feminino, sendo que a percentagem de mulheres entre os parentes dependentes que se encontram institucionalizados é ligeiramente superior (73,9%) à que se verifica entre as pessoas dependentes que permanecem na família (68,5%).

O estado civil

Ao contrário do que acontece com a idade e o sexo, existe uma associação significativa entre o estado civil e o contexto de acolhimento das pessoas dependentes. Porém, como no Teste do Qui-Quadrado a percentagem de células da tabela de contingência com frequência esperada inferior a 5 era superior a 20%, procedeu-se a nova análise, agora com a correção de Fisher. Para o efeito, manteve-se a categoria “casado/união de facto” mas juntaram-se os restantes três estados civis (solteiro, divorciado e viúvo) numa única categoria “dependentes não casados”. Este procedimento confirmou a existência de uma associação significativa entre estes dois grupos ($\chi^2(1)=11,50, p=0,001$). Apesar de, em qualquer um dos contextos, a maioria das pessoas dependentes no autocuidado não ser casada, entre os parentes que estão institucionalizados a percentagem de pessoas dependentes não casadas é mais elevada (83,49%) do que entre as pessoas dependentes que estão integradas na família (65,00%).

Este resultado, em linha com outros estudos, como o de Furini e colaboradores (2007), vem reforçar a importância que assume a existência, ou não, de outros familiares na opção entre

a permanência em casa e a institucionalização. A solidão associada à situação de viver sozinho apresenta-se, desde logo, como uma das primeiras razões que estará na origem da decisão de institucionalizar (Kuo & Torres, 2001; Finlayson, 2002). Apesar de esta possibilidade ser real e em nada contrariada pelos achados do estudo (a probabilidade de viver sozinho será maior entre os viúvos, os solteiros e os divorciados), note-se que poderá não ser necessário viver sozinho para que a institucionalização se coloque como uma opção efetiva; talvez a ausência de um companheiro seja razão bastante. Mesmo sem uma resposta definitiva, dão crédito a essa possibilidade, não só os resultados relativos ao estado civil, mas também a constatação de que as pessoas institucionalizadas não estão sós na vida (pelo menos em *stricto sensu*) já que têm, pelo menos, um parente próximo (o respondente).

Esta situação traz à discussão uma outra questão interessante: será a existência de um cônjuge mais importante na decisão de permanecer em casa do que a existência de filhos ou irmãos? Os dados referentes ao estado civil – pese embora a pequena percentagem de casados/união de facto ser mais baixa entre os parentes dependentes institucionalizados (16,5%) do que entre os familiares dependentes que permanecem na família (35%) – não são totalmente esclarecedores. Contudo, deverá também ter-se em atenção que, entre os respondentes com parentes institucionalizados, apenas 3,6 eram cônjuges destes, quando a percentagem de filhos e irmãos era de 55,8%. Acresce ainda que, entre os cuidadores familiares que assumem este papel, 24,1% são cônjuges da pessoa dependente, enquanto 48,2% são filhos ou irmãos. Porém, não pode deixar de se considerar que, entre as pessoas dependentes, só 35% são casadas (valor pouco superior à percentagem de cônjuges que assumem o papel de cuidador familiar).

Ter um parceiro é, assim, uma condição que favorece a permanência em casa da pessoa dependente, enquanto a sua inexistência é preditor da institucionalização das pessoas dependentes.

O nível de escolaridade

Ao nível da escolaridade, não se registam diferenças estatisticamente significativas, entre os dois grupos. O baixo nível de formação é a regra em ambos os grupos, porém com mais peso entre os familiares dependentes que estão em casa (86,2%) do que entre os parentes institucionalizados (79,8%). Já em relação aos níveis mais elevados de formação (a partir do 3.º ciclo), a tendência inverte-se, registando-se percentagens mais elevadas entre os parentes institucionalizados. Esta diferença é particularmente notória ao nível da formação superior. Na verdade, 10,1% dos parentes institucionalizadas têm formação de nível superior, enquanto apenas 3,6% das pessoas dependentes que permanecem em casa têm esse mesmo nível de formação.

3.2.4. A decisão de institucionalizar

Quando confrontados com a questão de quem terá tido mais influência na decisão de institucionalizar a pessoa dependente, a maioria (60,7%) dos respondentes entendeu que a decisão foi tomada pela família no seu conjunto. É um quadro que, caso os familiares dependentes estejam envolvidos na tomada de decisão – o que com os dados recolhidos não se pode demonstrar – terá de se considerar ajustada a uma realidade que, de facto, afeta a família no seu todo.

Em qualquer caso, a institucionalização raramente será uma decisão fácil para a família. Como refere Pimentel (2005), é uma situação em que a consciência dos membros da família se vê confrontada com o dever de reciprocidade e de solidariedade. Acrescenta esta autora, citando Ferros Hespanha que *“a família, mesmo nas piores condições, organiza-se para assumir o que considera a sua obrigação – retribuir o sacrifício dos pais. Fá-lo, muitas vezes apenas para dar o exemplo aos filhos ou para evitar a censura dos vizinhos”* (Pimentel, 2005:60).

3.2.4.1. A participação do familiar dependente

A dúvida quanto ao envolvimento da pessoa dependente na tomada de decisão relativa à institucionalização emerge quando se juntam aos 60,7% dos respondentes que consideram que a família no seu conjunto teve uma influência decisiva, os 22,4% dos respondentes que atribuem essa influência a um único membro da família e os 9,3% dos respondentes que entendem que esse papel pertenceu aos serviços sociais/saúde. Ou seja, para mais de 90% dos respondentes, a pessoa dependente não terá sido a mais influente numa decisão que a ela lhe diz respeito. São apenas 7,2% os respondentes que consideram o familiar dependente como ator principal no processo de decisão. Este quadro de baixa participação nas decisões relativas ao seu próprio futuro não é exclusivo das pessoas dependentes que estão integradas na família. Já antes, no momento da alta hospitalar, o papel das pessoas dependentes no autocuidado tem contornos semelhantes, *“a decisão sobre o destino após a alta hospitalar é pouco participada pelos doentes”* (Brito, 2012:190).

A esta pequena minoria de pessoas dependentes que decide a institucionalização de *motu próprio* e a níveis tão baixos de participação nas decisões não será alheia a situação a que o Conselho Económico e Social se refere *“é verdadeiramente raro que o internamento seja encarado como um projeto de vida; raramente escolhido, mas aceite como último recurso”* (1994:46). De facto, grande parte das pessoas, resignada com as circunstâncias que a vida lhe oferece, tenderá a alhear-se, deixando para outros as decisões que lhe dizem respeito. Esta transferência do processo de tomada de decisão (tolerada, forçada ou determinada pela própria condição de saúde) adquire foros de maior preocupação quando se tem em linha de conta que uma parte importante dos familiares (34,7%) entende que o seu parente acolheu, contrariado, a

institucionalização. Também Ribeiro e colaboradores (2008), num estudo realizado no Brasil, concluíram que a maioria dos idosos não é institucionalizada voluntariamente.

Esta realidade, tal como se apresenta, demonstra também que, apesar de algumas exceções, muitos os idosos/pessoas dependentes desejam manter-se no seio da família, sendo que, como refere Pimentel, “*são poucas as pessoas que aceitam a institucionalização de forma tranquila*” (2005:59). Alguns autores, como Caron e colaboradores (2006), corroboram, através dos estudos que realizaram, conclusões similares.

3.2.4.2. Institucionalização: uma escolha ou o último recurso?

Neste ponto, importa ter presente que a decisão de institucionalizar não terá de ser forçosamente uma solução indesejável, podendo até representar uma escolha preferencial. Pese embora no estudo apenas num caso se tenha admitido dar preferência ao internamento num lar quando a pessoa poderia permanecer na família, esta é uma possibilidade que, mesmo com reduzida adesão, não pode ser excluída. Apesar de o estudo não ter fornecido dados decisivos sobre este aspeto em concreto, parece admissível que algumas das poucas famílias que preferem a institucionalização não a concretizem, “apenas” porque não dispõem de vagas em lares residenciais que lhes sejam economicamente acessíveis. Nestes casos, a permanência na família acaba por se constituir como uma espécie de fatalidade que se impõe, face à impotência da família para alterar as circunstâncias em que vive.

Mesmo quando não é a solução preferencial, a institucionalização pode ser a solução de recurso. A inexistência de soluções consistentes para o cuidado dentro da família (*e.g.* com membros idosos e/ou sem condições físicas ou mentais para assumirem o cuidado ao familiar dependente) pode não deixar alternativa à institucionalização que, assim, se apresenta como a única solução possível. Nesta mesma linha, Pimentel (2005) reconhece que nem sempre a permanência na própria casa ou na casa dos filhos é a melhor solução, como reconhece que, por vezes, o internamento numa instituição especializada constitui a resposta mais adequada às necessidades da pessoa. Ou como Oliveira afirma “*estar num lar não significa necessariamente uma fatalidade, nem ficar em casa uma graça*” (2012:51).

E, a institucionalização pode até ser uma boa solução alternativa. De facto, a má condição de saúde de uma parte importante das pessoas dependentes que estão integradas no seio da família é um indicador de que nem sempre esta será a melhor solução ou, pelo menos, uma solução isenta de consequências negativas. Como alerta Pimentel (2005), pode não ser realista e praticável a permanência em casa, pese embora a família possa ter feito tudo o que estava ao seu alcance para que assim fosse. Não está em causa, a dedicação pelo familiar dependente, a vontade de que este permaneça em casa, ou mesmo o esforço que a família

coloca na sua concretização, mas também não pode pôr-se em causa a saúde e a integridade da pessoa dependente.

Porém, a institucionalização poderá, também, ser um recurso (ou até a melhor solução) que nunca constitui uma preferência. Como antes se verificou, há situações em que a institucionalização seria a melhor solução. Apesar disso, a família/pessoa dependente escolhe(m) – contra toda a racionalidade e apesar das consequências ao nível da condição de saúde – permanecer em casa, não colocando sequer a possibilidade de internamento.

3.2.4.3. A possibilidade do retorno à família

O formulário dirigido aos parentes das pessoas institucionalizadas incluía uma questão em que se procurava saber se desejavam integrar na família o parente institucionalizado. Responderam afirmativamente 36 representantes da família (32,4%). Como alguns destes já tinham coabitado com o parente institucionalizado antes da admissão deste no lar, fica a ideia de que a institucionalização foi, efetivamente, uma decisão a contragosto, forçada pela inexistência de condições para o manter em casa. Para poder concretizar o desejo de manter na família o parente institucionalizado, a grande maioria destes familiares considera necessária a existências de vários tipos de apoio.

O apoio das equipas de saúde é uma necessidade unanimemente reconhecida. Já o apoio dos serviços sociais é referido por 97,2% dos respondentes. Por seu turno, o apoio informal (familiares, vizinhos e amigos) é mencionado por 86,1% dos respondentes. Apesar de todos os recursos humanos serem importantes na hora de cuidar de um familiar dependente no autocuidado, não deixa de ser interessante verificar que os recursos profissionais são mais importantes. Este achado denota capacidade de autoavaliação e a consciência de que cuidar de pessoas dependentes exige uma intervenção profissional especializada. Para além dos apoios financeiros (recurso sempre escasso que, apesar de tudo, não foi entendido como necessário por 13,9% dos respondentes), 97,2% dos respondentes entendem que seriam necessárias alterações estruturais no alojamento (o que indicia uma quase completa desadequação das atuais residências a pessoas com necessidades especiais, nomeadamente ao nível da mobilidade). Entre os apoios avaliados, o menos referido é a flexibilidade de horários no emprego, talvez por a percentagem de respondentes com emprego não ultrapassar os 16,2%.

3.2.4.4. No futuro, qual a preferência?

Quando colocados perante o cenário hipotético: se ficasse dependente, e tivesse possibilidade de escolher o local onde viveria, qual escolheria? 35,2% dos respondentes optam por uma instituição, enquanto 4,8% preferem ficar com a família mesmo que isso represente mudar de

residência. Mais importante do que a família parece ser a casa onde residem. De facto, 48,6% dos respondentes preferem ficar em casa se esta tiver condições (o que deixa em aberto a opção que se seguiria caso não fosse possível reunir as condições necessárias), sendo de destacar que 11,4% dos respondentes optam por ficar em casa, independentemente de estarem ou não reunidas as condições.

Estes resultados permitem algumas extrair ilações. Um terço dos inquiridos coloca como opção prioritária a institucionalização, porém, dois terços continuam a não ter esta como primeira opção. Tendo presente que a idade média dos respondentes ronda os 58 anos (com limites nos 21 e nos 84 anos), estes achados não podem deixar de ser devidamente valorizados. Sem deixarem de demonstrar o sentido da preferência das pessoas, traduzem uma evolução de mentalidades, agora, menos avessa à possibilidade de institucionalização.

3.2.5. Família versus instituição: manter a dicotomia?

Tradicionalmente havia, e continua a haver, alguma propensão para colocar a questão do cuidado às pessoas idosas/dependentes como se se tratasse de uma matéria dicotómica: ou permanecem no seio da família ou são institucionalizadas. Para esta tendência muito contribuiu a associação da responsabilidade pela prestação de cuidados ao local de residência; no primeiro caso da família, no segundo do Estado.

Não se estranha, assim, que durante muito tempo, na análise do papel da família e do Estado e na discussão sobre as ajudas públicas e as ajudas privadas prevalecesse a ideia de que estas *“funcionariam como vasos comunicantes, ou seja, o desenvolvimento de uma levaria ao enfraquecimento da outra”* (Pimentel, 2005:54). Em tempo de contenção das despesas públicas e de emagrecimento do Estado, será grande a tentação para que este procure reduzir a sua intervenção, atribuindo à família a responsabilidade pelo cuidado aos idosos e às pessoas dependentes. Porém, ao contrário do que se pensava, *“o que se constata é que o descomprometimento das ajudas públicas provoca enfraquecimento do potencial dos apoios privados e fragiliza as famílias”* (Pimentel, 2005:54).

A institucionalização ou a permanência na família não podem representar as duas opções de uma escolha definitiva; há, como se tornou evidente, pessoas dependentes que estando na família, a sua condição de saúde deixa entender que não deveriam estar; há pessoas dependentes que estão institucionalizadas mas que não querem estar; há famílias que têm parentes institucionalizados mas que gostariam de os ter no seio da família; há pessoas que procuram um lar mas não o encontram, seja por escassez de vagas disponíveis, seja por falta de recursos económicos próprios.

Mais não fosse, pelo menos para estes casos (em que se torna indispensável a existência de condições diferentes das atuais, para que a vontade de permanecer na família se possa cumprir), seria necessário encontrar outras fórmulas que, para além do reforço dos equipamentos existentes, superem a atual dicotomia da residência e toda a carga de representações sociais redutoras que a ela está associada.

A situação de dependência no autocuidado transforma a realidade da família, colocando-a perante outras condições e novas exigências, algumas das quais, aparentemente, inultrapassáveis. Pese embora a família seja, na larga maioria dos casos, não só o espaço desejado para viver a situação de dependência mas, também, o espaço aconselhado, neste quadro, a institucionalização terá de inevitavelmente ser colocada como uma possibilidade. Perante a alternativa: manter a pessoa dependente na família ou institucionaliza-la, um vasto leque de variáveis condicionará, como antes se apreciou, a decisão final.

Para além das variáveis que se relacionam com modelos e estilos de vida individual, por isso, situadas numa esfera de reserva pessoal, outras há, como as de ordem económica, que, de igual modo, ultrapassam a esfera da intervenção profissional dos enfermeiros. Porém, quando se tem presente o número de famílias que, tendo parentes institucionalizados, gostaria de os ter no seu seio (o que só não acontece porque as famílias não conseguem ultrapassar as exigências desse cuidado); quando família e familiar partilham da mesma e comum vontade de estarem juntos, emerge a necessidade de respostas profissionais, estando, neste particular, os enfermeiros, pela utilidade social do seu perfil de competências, na primeira linha de intervenção. Como refere Cunha (2012:84) *“ajudar as famílias a integrar e tomar conta de dependentes em casa é, sem qualquer dúvida, um desafio que se coloca às sociedades atuais; desafio que, em grande medida, exige, ou exigiria, a existência de serviços de enfermagem mais efetivos no acompanhamento das famílias”*.

A presença incontornável do enfermeiro nestas situações pode, na verdade, constituir-se como um fator decisivo no equilíbrio familiar, na satisfação com o exercício do papel de cuidador familiar e na qualidade de vida dos familiares dependentes.

Na lógica da pessoa dependente que gostaria de permanecer em casa, o elo crítico para essa opção é o cuidador familiar. Por um lado, quer a recetividade para assumir o papel, quer a disponibilidade para continuar a fazê-lo, serão incontornáveis para que o desejo se concretize. Por outro lado, a competência e a dedicação do cuidador familiar determinar-lhe-ão a condição de saúde. Qualquer tentativa de intervir nesta realidade terá de dirigir-se ao cuidador familiar, quer por via da melhoria das condições necessárias ao exercício do papel, quer pela aquisição de competências próprias para o exercício desse papel.

Uma possibilidade de solução poderá estar na adoção de modelos de base matricial, capazes de maior plasticidade na adequação às realidades particulares da família, do cuidador familiar e da

pessoa dependente. Modelos que permitam maior fluidez na mobilização interna entre o alojamento e os equipamentos sociais disponíveis. Modelos que integrem soluções profissionais com uma oferta de cuidados no domicílio que inclua a avaliação das necessidades efetivas da pessoa dependente e do cuidador familiar e que implementem as ações adequadas, não se limitando ao controlo da doença e das respetivas medidas terapêuticas, nem, tampouco a uma mera ação substitutiva de familiares na alimentação e na higiene. Modelos que facilitem uma maior articulação da família com as instituições de acolhimento temporário.

3.2.6. *Síntese*

Cerca de 6% dos representantes das famílias residentes no concelho do Porto têm um parente próximo dependente no autocuidado que está institucionalizado, geralmente num lar (mais de 90% dos casos).

Em cada três parentes institucionalizados, um deles residia no mesmo alojamento familiar do representante da família.

Os domínios “tomar banho” e “tomar a medicação” – particularmente exigentes para o cuidador familiar do ponto de vista da força física e da capacidade cognitiva – são os domínios em que a dependência no autocuidado era mais evidente antes da institucionalização.

Perante a dependência no autocuidado de um dos seus membros, cerca de metade das famílias que optaram pela institucionalização fundamenta a respetiva decisão na falta de apoio por parte de outros familiares e dos profissionais da saúde. A falta de tempo para assumirem as responsabilidades inerentes à permanência na família das pessoas dependentes é também apresentada como justificação.

Quando se comparam os contextos que caracterizam as famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado com os que estão presentes quando a opção recai na institucionalização, não se verificam diferenças particularmente relevantes. Uma primeira exceção a este quadro tem a ver com o número de membros da família e com o número de residentes no alojamento, com tendência para a institucionalização nos contextos em que é menor o número de pessoas, ou seja, aqueles que dispõem de menos “mão-de-obra” familiar para colaborar no autocuidado da pessoa dependente. Uma outra exceção tem a ver com uma maior propensão para a institucionalização entre as pessoas dependentes não casadas.

A decisão de institucionalizar a pessoa dependente é, em cerca de 60% dos casos, tomada pela família em conjunto. Em qualquer caso, a pessoa dependente só terá tido um papel decisivo na institucionalização em 7% das situações.

A institucionalização continua a não ser particularmente bem vista entre as famílias. Na realidade, uma em cada três famílias que tem familiares institucionalizados gostaria que estes regressassem para o alojamento familiar. Esta situação não acontece porque, na opinião dos representantes familiares, seria necessário o apoio de profissionais da saúde e do serviço social que, aparentemente, não estão disponíveis. Neste quadro, a institucionalização pode constituir um recurso para algumas famílias, mas, dificilmente, será uma escolha preferencial.

Apesar desta realidade atual, vão surgindo indícios de que a mentalidade está a mudar. Com efeito, quando inquiridos sobre as decisões que pensam vir a tomar em relação a si próprios, um terço dos respondentes coloca como prioritária a opção pela institucionalização. Porém, não só a maioria dos respondentes ainda se inclina para a permanência em casa, como, cerca de 11% optariam por permanecer no alojamento, independentemente das condições de que possam dispor.

3.3. O cuidador familiar, os cuidados e os recursos –comparação entre Lisboa e Porto

Como antes se referiu, este estudo insere-se num projeto mais vasto que engloba, também, o concelho de Lisboa. Tendo presente que a recolha de dados decorreu no mesmo período de tempo; que, para o efeito, foi utilizado o mesmo instrumento (previamente construído em conjunto pelas equipa de investigação); que ambos os estudos se enquadram no mesmo programa de doutoramento e estão subordinados à mesma orientação, entendeu-se, em sintonia com a investigadora responsável pela concretização do estudo no concelho de Lisboa, proceder a uma análise comparativa entre as duas realidades: Lisboa e Porto.

Concluída uma primeira apreciação partilhada dos dados referentes às duas cidades, foram ponderadas diferentes possibilidades de análise, tendo-se acordado numa divisão em função do cliente dos cuidados de enfermagem. A investigadora responsável pelo estudo de Lisboa procedeu à análise comparativa, entre os dois concelhos, da pessoa dependente no autocuidado integrada em ambiente familiar (incluindo as variáveis de caracterização sociodemográfica e do alojamento, a dependência no autocuidado e a condição de saúde do familiar dependente). No presente estudo apresenta-se a análise comparativa, entre os dois concelhos, do cuidador familiar. Esta análise incidirá nas vertentes comuns a ambos os estudos. Para além das variáveis sociodemográficas, comparam-se a autoeficácia dos cuidadores familiares, os cuidados prestados ao familiar dependente, bem como os recursos utilizados.

Para esta análise comparativa da situação no Porto e em Lisboa, recorreu-se à avaliação das diferenças através de testes de diferenças. Como se pretende avaliar o efeito do “concelho” sobre cada uma das variáveis em estudo (tomadas, caso a caso, como variáveis dependentes), aquele define dois grupos independentes – Porto *versus* Lisboa – e constitui-se como variável independente. Quando a variável dependente era intervalar recorreu-se ao teste *t* para amostras independentes; quando a escala de medida era ordinal utilizou-se o teste de U de *Mann-Whitney*.

3.3.1. Variáveis sociodemográficas

A prestação de cuidados à pessoa dependente no seio da respetiva família, em cada um dos dois principais concelhos do país, representa uma realidade que não pode deixar de ter presente um dos atores inultrapassável: o cuidador familiar.

A assunção do papel de cuidador familiar passará, também, por características que são próprias ao sujeito. Importa, agora, analisar se estas características são, ou não, diferentes em Lisboa e no Porto.

Apesar de os dados não permitirem identificar a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível de algumas das variáveis sociodemográficas estudados, como é o caso da

idade, do sexo, da escolaridade, do estado civil e da profissão dos cuidadores familiares de Lisboa e do Porto, algumas similitudes e diferenças, devem ser reportadas.

Em qualquer um dos concelhos, a maioria dos cuidadores familiares tem menos de 65 anos. Porém, não pode deixar de assinalar-se que 43,1% em Lisboa e 29,9% no Porto estão já na denominada terceira idade. Note-se, ainda, que tanto em Lisboa como no Porto, cerca de um terço destes prestadores de cuidados tem mais de 80 anos (respetivamente 14,7% e 9,0% do total de prestadores de cuidados participantes).

Em ambos os concelhos, as mulheres estão claramente em maioria entre os cuidadores familiares. Se em Lisboa 74,8% são mulheres, no Porto a percentagem de cuidadores familiares do sexo feminino é de 83,2%.

O nível escolaridade dos cuidadores familiares nos dois concelhos é muito baixo. Em Lisboa, 71,4% dos cuidadores não têm mais do que quatro anos de escolaridade. No Porto, essa percentagem é ainda mais elevada (86,8%) com a agravante de 40,4% não terem qualquer escolaridade. Em Lisboa, a percentagem dos prestadores de cuidados que não têm sequer quatro anos de escolaridade é de 18,5%. Também em Lisboa é ligeiramente mais elevada a percentagem de cuidadores que têm um curso de nível superior (5,0%), quando no Porto não ultrapassam os 3,3%.

Em ambos os concelhos, a maioria dos prestadores de cuidados é casada ou vive em união de facto (72,9% em Lisboa e 76,1% no Porto). Note-se que a percentagem de viúvos é relativamente baixa, respetivamente, 6,3%, 2,2%.

Do ponto de vista do exercício profissional, nos dois concelhos, a grande maioria dos cuidadores familiares tem uma ocupação profissional (76,5% em Lisboa e 65,2% no Porto).

Ao contrário do que se verifica com as variáveis anteriores, há uma associação significativa entre o concelho de residência e o grau de parentesco do cuidador familiar com a pessoa dependente ($\chi^2(6)=26,64$, $p < 0,001$). Enquanto em Lisboa, a maioria (41,6%) dos cuidadores familiares é marido/esposa da pessoa dependente, no Porto a maioria dos cuidadores é filho/filha (40,9%). Estes dois graus de parentescos são, em qualquer dos concelhos, os mais comuns. Entre as restantes possibilidades, apenas a relação familiar pai/mãe em Lisboa tem uma expressão superior a 10% (14,9%).

De igual modo, em relação ao local de residência do cuidador familiar, regista-se uma associação significativa entre o concelho onde vive a família e o facto do cuidador familiar coabitar ou não com a pessoa dependente ($\chi^2(1)=5,38$, $p=0,020$). Apesar de em Lisboa e no Porto, a maioria dos familiares prestadores de cuidados coabitar com a pessoa dependente, em Lisboa essa maioria (92,6%) é mais expressiva do que no Porto (79,8%).

3.3.2. *Autoeficácia do cuidador familiar*

A autoeficácia dos cuidadores familiares é, pela importância que assume para um adequado exercício do papel, uma dimensão incontornável no conhecimento da ação destes membros da família que tomam conta dos seus familiares.

A autoeficácia foi, como antes se apresentou, estudada em duas dimensões: os domínios do autocuidado e as dimensões das competências para o exercício do papel de cuidador familiar (processos de cuidar) avançadas por Schumacher e colaboradores (2000). Para além de uma avaliação singular de cada um dos domínios do autocuidado e de cada uma das dimensões das competências, foi, também, efetuada uma avaliação da autoeficácia global (tomando para este efeito o conjunto dos resultados referentes aos vários domínios do autocuidado/dimensões das competências).

Em termos gerais, constata-se que há diferenças significativas entre os cuidadores familiares do concelho do Porto e do concelho de Lisboa ao nível da autoeficácia global no exercício do papel ($t(205) = -5,19, p < 0,001$) (tabela 1).

Tabela 1. Diferenças, ao nível da autoeficácia, entre os cuidadores familiares do concelho de Lisboa e os do concelho do Porto

	Lisboa (n = 96) Média (DP)	Porto (n = 111) Média (DP)	<i>t</i> (205)
Autoeficácia dos cuidadores familiares	3,37 (,53)	3,73 (,45)	5,19***

*** $p < ,001$

Os cuidadores familiares do Porto apresentam um nível de autoeficácia global superior aos cuidadores familiares de Lisboa.

Esta situação – nível de autoeficácia global superior dos cuidadores familiares do Porto – mantém-se, quase sempre com diferenças estatisticamente significativas, nas avaliações singulares quer dos domínios do autocuidado, quer das dimensões das competências para o exercício do papel (tabela 2).

3.3.2.1. *A autoeficácia para os domínios do autocuidado*

Apesar de o nível de autoeficácia nos cuidadores familiares do Porto ser, para todos os domínios do autocuidado da pessoa dependente, superior ao dos de Lisboa, essa diferença é mais notória quando assistem o familiar no domínio “posicionar-se” (0,50) seguida do domínio “tomar

banho” (0,47). No polo oposto, as diferenças menos acentuadas registam-se para os domínios do autocuidado “usar o sanitário” (0,21) e “transferir-se” (0,29).

Tabela 2. Diferenças, ao nível da autoeficácia, por domínio do autocuidado, entre os cuidadores familiares do concelho de Lisboa e os do concelho do Porto

	Lisboa		Porto		<i>t</i> (df)	<i>p</i>
	Média (DP)	n	Média (DP)	n		
Autoeficácia para assistir: tomar banho	3,33 (,75)	77	3,80 (,33)	87	-5,26 (162)	<,001
Autoeficácia para assistir: vestir-se	3,49 (,60)	75	3,85 (,34)	79	-4,55 (152)	<,001
Autoeficácia para assistir: alimentar-se	3,46 (,56)	73	3,76 (,45)	83	-3,75 (154)	<,001
Autoeficácia para assistir: usar o sanitário	3,49 (,55)	66	3,70 (,54)	67	-2,16 (161)	,033
Autoeficácia para assistir: posicionar-se	3,00 (,70)	41	3,50 (,73)	55	-3,39 (94)	<,001
Autoeficácia para assistir: transferir-se	3,27 (,56)	48	3,56 (,71)	39	-2,15 (85)	,035
Autoeficácia para assistir: andar	3,33 (,70)	68	3,69 (,64)	60	-3,00 (126)	,003
Autoeficácia para assistir: tomar a medicação	3,25 (,60)	70	3,55 (,65)	72	-2,84 (140)	,005

Ainda no que se refere aos diferentes domínios do autocuidado em que assistem o familiar dependente, os cuidadores familiares apresentam, quer em Lisboa, quer no Porto, o nível de autoeficácia mais elevado para o domínio do autocuidado “vestir-se”, respetivamente 3,49 e 3,85; porém, em Lisboa, o nível de autoeficácia é igualmente elevado para o domínio “usar o sanitário” (3,49), seguindo-se, ainda em Lisboa, a autoeficácia para o “alimentar-se” (3,46). Já no Porto, são os domínios do “tomar banho” (3,80) e do “alimentar-se” (3,76) que surgem nas posições seguintes da autoeficácia dos cuidadores familiares.

É também coincidente, entre Lisboa e Porto, o domínio do autocuidado da pessoa dependente em que os cuidadores familiares se percebem como menos eficazes: o autocuidado “posicionar-se”, com valores de 3,00 e de 3,50, respetivamente. Porém, e ao contrário do que acontece entre os domínios do autocuidado para que os cuidadores familiares se sentem mais competentes, são também coincidentes, entre Lisboa e Porto, os domínios do autocuidado da pessoa dependente em que os cuidadores familiares apresentam menor autoeficácia para a assistir: a “tomar a medicação”, com um *score* de 3,25 em Lisboa e 3,55 no Porto, e a “transferir-se”, com *score* de 3,27 em Lisboa e de 3,56 no Porto.

Constata-se, assim, que no conjunto dos cuidadores familiares de Lisboa e do Porto, os três níveis de autoeficácia mais elevados registados em cada um daqueles concelhos se concentram em quatro domínios do autocuidado do familiar dependente (“vestir-se”, “tomar banho”, “usar o

sanitário” e “alimentar-se”). Porém, quando se analisa os domínios do autocuidado em que a autoeficácia dos cuidadores familiares é menor, a coincidência é total (“posicionar-se”, “tomar a medicação” e “transferir-se”).

Estes resultados, pela similitude entre pontos fortes e fracos ao nível da autoeficácia dos cuidadores familiares, deixam transparecer a ideia de que a respetiva preparação para o exercício do papel não é uniforme para todos os domínios do autocuidado e, mais, que existem áreas bem delimitadas em que as dificuldades são maiores e outras em que essas dificuldades são menores. Os domínios do autocuidado em que as dificuldades dos cuidadores familiares são menores têm a ver com as ações quotidianas mais comumente repetidas e que, aparentemente, menos alterações sofrerem por força das situações de dependência no autocuidado. Com efeito, qualquer uma das quatro atividades de autocuidado em que os cuidadores familiares se percebem com maior autoeficácia faz parte do rol dos cuidados diários da generalidade dos cidadãos. Poder-se-á alegar que estas são experiências pessoais pelo que não terão de, necessariamente, resultar efetivas na manutenção do autocuidado a terceiros. Porém, como terá acontecido a muitos dos atuais cuidadores, em algum momento do seu (longo) percurso de vida, asseguraram – é certo que em circunstâncias diferentes – estes mesmos tipos de cuidados a um filho ou a qualquer outra criança familiar. São, de facto, cuidados a que quase todas as pessoas sentirão ser capazes de dar resposta.

Pelo contrário, é naqueles domínios do autocuidado que cada um lida com menor frequência (pelo menos de forma consciente), que surgem os valores mais baixos de autoeficácia dos cuidadores familiares. Apesar de cada indivíduo se posicionar e se mobilizar a todo o tempo, este comportamento é, na maioria das vezes, não consciente, por isso, menos racionalizado, menos refletido e menos aprendido. Também a preparação de medicação (em particular de regimes terapêuticos complexos) constitui uma ação esporádica na vida de cada um. Deste modo, quando é necessário mobilizar a competência individual para a aplicar a outra pessoa, o apelo à experiência de cada um já não se revela tão efetivo. Acresce que assistir a pessoa dependente, por exemplo em atividades como “mobilizar-se” ou “transferir-se”, é particularmente exigente do ponto de vista físico para os cuidadores familiar, sobretudo quando estes são velhos com capacidades físicas limitadas e/ou a colaboração do familiar dependente é pouca.

Parece, assim, legítimo admitir-se que os níveis de autoeficácia do cuidador familiar são menos elevados para os domínios do autocuidado da pessoa dependente:

- em que o familiar cuidador tem menos experiência vivida e apresenta menor competência;
- que exigem maior capacidade física por parte do cuidador familiar;
- que requerem conhecimentos mais profundos e uma ação por parte do cuidador familiar mais diferenciada.

3.3.2.2. *Autoeficácia nas dimensões das competências para o exercício do papel*

Analizada a autoeficácia dos cuidadores familiares ao nível das competências para o exercício do papel de cuidador familiar (processos de cuidar), o quadro anterior não sofre alterações significativas. Com efeito, os cuidadores familiares do concelho do Porto mantêm valores de autoeficácia mais elevados ao nível das competências para o exercício do papel. Estas diferenças, com exceção do resultado relativo à dimensão “aceder a recursos”, são todas estatisticamente significativas (tabela 3).

Tabela 3. Diferenças, ao nível da autoeficácia, por dimensões das competências para o exercício do papel, entre os cuidadores familiares do concelho de Lisboa e os do concelho do Porto

	Lisboa		Porto		<i>t</i> (df)	<i>p</i>
	Média (DP)	n	Média (DP)	n		
Autoeficácia para aceder	3,25 (,62)	90	3,46 (,83)	71	-1,80 (159)	,073
Autoeficácia para agir	3,40 (,58)	82	3,73 (,52)	77	-3,76 (157)	<,001
Autoeficácia para ajustar	3,35 (,54)	88	3,71 (,54)	78	-4,32 (164)	<,001
Autoeficácia para decidir	3,39 (,53)	89	3,70 (,58)	90	-3,69 (177)	<,001
Autoeficácia para monitorizar	3,38 (,50)	91	3,75 (,43)	109	-5,68 (198)	<,001
Autoeficácia para negociar	3,29 (,86)	51	3,80 (,3,98)	17	-2,32 (66)	,023
Autoeficácia para providenciar	3,35 (,58)	90	3,75 (,43)	100	-5,48 (188)	<,001
Autoeficácia para trabalhar	3,37 (,61)	90	3,75 (,61)	80	-4,03 (168)	<,001

As maiores diferenças entre os cuidadores familiares de Lisboa e do Porto registam-se na autoeficácia para “negociar com o sistema de saúde” (0,50), para “providenciar cuidados” (0,40) e para “trabalhar com a pessoa cuidada” (0,38).

Por outro lado, as diferenças menores verificam-se na autoeficácia para “aceder a recursos” (0,21), para “decidir” (0,31) e para “agir” (0,33).

A dimensão das competências para o exercício do papel de cuidador familiar em que o nível de autoeficácia é mais elevado não é coincidente em Lisboa e Porto. Enquanto no primeiro concelho, a autoeficácia é mais elevada na dimensão “agir” (3,40), no Porto é na dimensão “negociar com o sistema de saúde” (3,79) que os familiares sentem ser mais eficazes. Seguem-se, em Lisboa, as dimensões “decidir” (3,39) e “monitorizar” (3,38). Por seu turno, no Porto, as dimensões em que o cuidador familiar tem maior autoeficácia, a seguir a “negociar com o sistema de saúde”, são “monitorizar” (3,75) e “providenciar cuidados” (3,75).

Quanto à dimensão em que os cuidadores familiares apresentam menor autoeficácia para o exercício do papel, a mesma é coincidente em Lisboa e no Porto e refere a dimensão

“aceder a recursos” (respetivamente com *score* de 3,25 e de 3,46). Em Lisboa, seguem-se a autoeficácia para “negociar com o sistema de saúde” (3,29) e para “providenciar cuidados” (0,35). Já no Porto, as dimensões em que os cuidadores familiares se sentem menos eficazes, a seguir a “aceder a recursos”, são as relativas à autoeficácia para “decidir” com *score* de 3,70 e para “ajustar” com *score* de 3,71.

Verifica-se, assim, que no conjunto dos cuidadores familiares de Lisboa e do Porto, os três níveis de autoeficácia mais elevados registados em cada um daqueles concelhos distribuem-se por cinco dimensões das competências para o exercício do papel (“monitorizar”, “agir”, “decidir”, “negociar com o sistema de saúde” e “providenciar cuidados”). A dispersão por cinco dimensões das competências (“aceder a recursos”, “ajustar”, “decidir”, “negociar com o sistema de saúde” e “providenciar cuidados”) mantém-se nos casos de níveis menos elevados de autoeficácia. Se entre as dimensões das competências em que cuidadores familiares de Lisboa e do Porto apresentam maior autoeficácia, apenas a dimensão “monitorizar” é comum, também entre as dimensões em que os cuidadores apresentam menor autoeficácia, apenas a dimensão “aceder a recursos” é partilhada pelos cuidadores de ambos os concelhos. De salientar que três dimensões das competências (“decidir”, “negociar com o sistema de saúde” e “providenciar cuidados”) em que os cuidadores familiares de um dos concelhos acreditam ter maior nível de autoeficácia estão, simultaneamente, entre as dimensões em que os cuidadores familiares do outro concelho apresentam menor autoeficácia.

3.3.3. *Cuidados prestados ao familiar dependente*

É diferente o perfil de prestação de cuidados do cuidador familiar, nos concelhos de Lisboa e do Porto.

Tabela 4. Diferenças, ao nível da intensidade dos cuidados, entre os cuidadores familiares do concelho de Lisboa e os do concelho do Porto

	Lisboa (n = 86) Média (DP)	Porto (n = 118) Média (DP)	<i>t</i> (202)
Intensidade dos cuidados	1,40 (,26)	1,32 (,22)	2,29*

* $p=0,023$

Por um lado, os cuidadores familiares do Porto desenvolvem com maior frequência ações em que estimulam a pessoa dependente à realização do autocuidado (“incentivo” – *score* médio de 2,35) do que os de Lisboa (“incentivo” – *score* médio de 2,21). Esta diferença, que não pode ser considerada significativa ($p>0,05$), aponta para um maior investimento dos cuidadores familiares do Porto nas ações de promoção da autonomia das pessoas dependentes.

Já no que se refere à frequência com que são realizados cuidados de substituição da pessoa dependente, constata-se que há diferenças significativas entre os cuidadores familiares do concelho de Lisboa e do concelho do Porto ($t(202)=2,29, p=0,023$) (tabela 4), sendo que os primeiros apresentam *score* médio da variável “intensidade” (1,40) superior aos do Porto (1,32). Do mesmo modo que a menor dependência no autocuidado dos membros da família do concelho do Porto poderá explicar o reforço dos cuidados de incentivo por parte dos respetivos cuidadores familiares, também a maior dependência dos familiares de Lisboa explicará o aumento da frequência com que o cuidador familiar presta cuidados de substituição da pessoa dependente, na realização do autocuidado.

As diferenças que se registam ao nível dos cuidados prestados poderão, também, guardar relação com a idade dos próprios cuidadores familiares. Como antes se referiu, em Lisboa, o peso dos cuidadores com mais de 65 anos e mesmo com mais de 80 anos é maior do que no Porto. Por outro lado, também os familiares dependentes de Lisboa, não só são mais velhos, como vivem processos de dependência no autocuidado há mais tempo. Admite-se, por isso, que mais habituados a “fazer” do que a “estimular”, os cuidadores familiares de Lisboa mantenham as práticas e se mostrem menos recetivos a novas práticas mais exigentes do ponto de vista cognitivo.

3.3.4. Recursos e equipamentos utilizados

No que concerne aos recursos utilizados pelos cuidadores familiares, as realidades vividas nos concelhos de Lisboa e do Porto apresentam, na comparação, algumas diferenças.

Como antes se referiu, os recursos neste estudo englobam não só os equipamentos úteis e necessários à satisfação do autocuidado, como as fontes de rendimento, os recursos humanos e os serviços. Para cada um destes recursos, indagou-se da respetiva utilização. No caso particular dos equipamentos, para além de uma avaliação técnico-profissional da respetiva necessidade, realizada pelos enfermeiros/investigadores, para cada situação concreta da pessoa dependente, averiguaram-se, junto dos cuidadores familiares, as razões para a não utilização dos equipamentos tidos por necessários.

3.3.4.1. A utilização de equipamentos no autocuidado

Para a prestação de cuidados, os cuidadores familiares do concelho do Porto utilizam mais equipamentos considerados necessários do que os de Lisboa. Com efeito, a taxa global de utilização de equipamentos apresenta um valor médio mais elevado no Porto (59,60) do que em Lisboa (55,91).

Numa análise que tome por base os equipamentos necessários às diferentes atividades de autocuidado, os resultados mostram diferenças entre os concelhos de Lisboa e do Porto (tabela 5).

Tabela 5. Diferenças, ao nível das taxas de utilização dos equipamentos necessários às diferentes atividades de autocuidado, entre os cuidadores familiares do concelho de Lisboa e os do concelho do Porto

	Lisboa		Porto		<i>t</i> (df)	<i>p</i>
	Média (DP)	n	Média (DP)	n		
Tx. util. equip.: usar o sanitário	54,49 (40,01)	55	66,54 (36,19)	92	-1,88 (145)	,062
Tx. util. equip.: tomar medicação	62,20 (37,71)	71	73,82 (37,47)	116	-2,05 (185)	,042
Tx. util. equip.: vestir-se	25,94 (37,87)	32	8,83 (26,58)	57	2,49 (87)	,015
Tx. util. equip.: virar-se	25,00 (44,43)	20	54,17 (48,37)	36	-2,22 (54)	,030

Entre os onze domínios do autocuidado considerados, os cuidadores familiares do concelho do Porto utilizam, para os cuidados que prestam, mais equipamentos em oito desses domínios (“andar”, “tomar banho”, “posicionar-se”, “transferir-se”, “virar-se”, “usar o sanitário”, “tomar a medicação” e “recursos complementares”); os cuidadores familiares do concelho de Lisboa apresentam maiores taxas de utilização nos restantes domínios (“alimentar-se”, “arranjar-se” e “vestir-se”).

Se as diferenças registadas nos domínios do autocuidado “arranjar-se” e “vestir-se” poderão guardar alguma relação com questões de natureza sociocultural que distinguem as duas cidades, nomeadamente, uma atenção à apresentação e ao aprumo pessoal mais notória em Lisboa, já as diferenças, no mesmo sentido, relativas ao “alimentar-se” e aos restantes domínios do autocuidado, em que as taxas de utilização de equipamentos são mais elevadas no Porto, serão mais difíceis de divisar. Poderá admitir-se que as taxas mais elevadas de utilização registadas no Porto, na maioria dos domínios do autocuidado, poderão indicar, não só uma maior acessibilidade aos recursos, como uma maior sensibilidade/disponibilidade/capacidade dos cuidadores familiares para a utilização de equipamentos no exercício do papel. Em qualquer caso, fica por explicar a razão por que no domínio do autocuidado “alimentar-se” a taxa de utilização é mais elevada em Lisboa.

A maior diferença entre as taxas de utilização dos equipamentos em cada um dos domínios do autocuidado verifica-se no autocuidado “virar-se” (29,17) sendo que as diferenças registadas são estatisticamente significativas ($t(54)=-2,22$, $p=0,030$), com os cuidadores familiares do Porto a apresentarem uma taxa de utilização dos equipamentos superior aos cuidadores familiares de Lisboa. Segue-se a diferença na utilização de equipamentos no autocuidado “vestir-se” (17,11). Também, neste caso, a diferença é significativa ($t(87)=-2,45$, $p=0,015$) sendo que esta é uma das poucas situações em que os cuidadores familiares de Lisboa

apresentam uma taxa de utilização dos equipamentos (no autocuidado “vestir-se”) superior à dos cuidadores familiares do Porto. A terceira maior diferença, apesar de não ser estatisticamente significativa ($p>0,05$), regista-se na utilização dos equipamentos para o autocuidado posicionar-se (14,97), com os cuidadores familiares do Porto a apresentarem uma taxa de utilização dos equipamentos superior aos cuidadores familiares de Lisboa. Das diferenças registadas entre os dois concelhos, importa ainda referir que também ao nível dos equipamentos utilizados no regime terapêutico se regista uma diferença estatisticamente significativa ($t(185)=-2,05$, $p=0,042$), sendo que os cuidadores familiares do concelho do Porto apresentam uma taxa de utilização mais elevada do que os de Lisboa.

Não sendo descortináveis outras razões que possam explicar as variações nas taxas de utilização de recursos/equipamentos considerados necessários entre as duas cidades, não se pode excluir a possibilidade dos investigadores terem, eles próprios, em função do respetivo juízo de necessidade, introduzido alguma perturbação nos resultados. De facto, as diferenças registadas entre Lisboa e Porto reportam-se à taxa de utilização, ou seja ao peso dos equipamentos efetivamente utilizados entre aqueles que foram identificados pelos investigadores como necessários. Ora, basta que o juízo de necessidade em relação a um qualquer domínio do autocuidado se tenha pautado por critérios ligeiramente mais apertados, para que se reduza o leque dos equipamentos necessários, fazendo com que a taxa de utilização tenda a aumentar (no pressuposto de que a avaliação dos equipamentos efetivamente utilizados é bem mais objetiva, logo menos sujeita a variações em razão do investigador/inquiridor).

3.3.4.2. A necessidade de equipamentos nos diferentes domínios do autocuidado

Tanto no concelho de Lisboa como no concelho do Porto, as taxas mais elevadas de utilização de equipamentos verificam-se no autocuidado “andar”, com *scores* médios de 77,61 e 82,71, respetivamente. Seguem-se os equipamentos complementares (com *scores* médios de 70,80 em Lisboa e 78,27 no Porto) e os equipamentos necessários a “tomar a medicação” (com *scores* médios de 62,20 e 73,82, respetivamente). Também no que se refere aos domínios do autocuidado em que são menos utilizados equipamentos, o paralelismo entre os dois concelhos mantém-se. Quer em Lisboa quer no Porto, o domínio do autocuidado em que são utilizados menos equipamentos é o “arranjar-se” (7,14 e 0,00, respetivamente), seguindo-se em ordem crescente, em Lisboa, o “transferir-se” (22,63) e o “virar-se” (25,00) e, no Porto, o “vestir-se” (8,83) e o “transferir-se” (26,16).

Como se verifica, existe uma grande similitude entre a situação vivida nos concelhos de Lisboa e do Porto, no que concerne aos domínios do autocuidado com mais e com menos cobertura de equipamentos necessários. E, este paralelismo é, em si mesmo, um achado relevante já que, não só confirma que a utilização desigual de recursos nos diferentes domínios do autocuidado é uma

realidade que não se limita a uma das cidades, como põe em evidência prioridades similares nessa utilização.

O quadro de valoração (aparentemente comum e partilhado) que estará na base das prioridades adotadas pelas pessoas dependentes e pelos respetivos cuidadores familiares terá muito a ver com a maior importância que é dada, pelos mesmos, à preservação da independência face à ajuda de outras pessoas (e.g. equipamentos para “andar”), à manutenção do regime terapêutico e com a menor relevância atribuída aos aspetos mais “delicados” do autocuidado (como as atividades de “arranjar-se”). Guardará, ainda, relação com a aposta no autocuidado realizado pelo próprio e com a usual desvalorização das vantagens que podem advir para o cuidador familiar (seja ao nível da “ajuda” na realização das tarefas, seja ao nível dos benefícios para a respetiva saúde) da utilização de equipamentos, na satisfação das necessidades de autocuidado do familiar dependente.

Esta similitude transporta as causas que estarão na origem das práticas associadas à manutenção do autocuidado das pessoas dependentes no seio das famílias, da dimensão individual para uma dimensão social e cultural, da realidade local (circunscritas a um concelho) para um plano mais nacional. É neste enquadramento mais global e abrangente que se funda a coerência e a unidade que transparecem nas escolhas, nas práticas e nas diferentes atitudes individuais adotadas face aos cuidados à pessoa dependente em Lisboa e no Porto. Neste contexto, a par da intervenção profissional individualizada, ganham cada vez mais espaço e importância os processos de ação política e cívica capazes de modificarem mentalidades e de influenciarem as opções políticas.

3.3.4.3. As razões para a não utilização de equipamentos necessários ao autocuidado

Quando se atenta nas cinco razões que se admite poderem estar na origem da não utilização, pelos cuidadores familiares, dos equipamentos necessários, constata-se que há diferenças nas opiniões obtidas nos concelhos de Lisboa e do Porto (tabela 6).

Tabela 6. Diferenças, ao nível das razões para a não utilização dos equipamentos considerados necessários, entre os cuidadores familiares do concelho de Lisboa e os do concelho do Porto

	Lisboa		Porto		<i>t</i> (df)	<i>p</i>
	Média (DP)	<i>n</i>	Média (DP)	<i>n</i>		
Desconhece a forma de aceder	1,47 (,612)	19	2,88 (1,48)	25	-3,89 (42)	< ,001
Não deseja	3,00 (3,69)	50	4,22 (3,90)	86	-1,80 (134)	,075

Uma análise, razão a razão, permite verificar que a maior diferença entre os cuidadores familiares de Lisboa e do Porto regista-se na razão: desconhece a forma de aceder (1,41), sendo que as diferenças verificadas são estatisticamente significativas ($t(42) = -3,89$, $p < 0,001$), com

os cuidadores familiares do Porto a referirem mais esta razão para a não utilização dos equipamentos necessários do que os de Lisboa. Por outro lado, a menor diferença entre as razões apontadas pelos cuidadores familiares dos dois concelhos verifica-se ao nível da razão: desconhece como funciona (0,23).

Numa apreciação comparativa às razões apresentadas em cada um dos concelhos, as razões de ordem económica surgem como a principal causa para os cuidadores familiares de Lisboa não utilizarem os equipamentos necessários (*score* médio de 3,19), seguindo-se o facto de não os desejarem (*score* médio de 3,00). Para os cuidadores do Porto, mantêm-se as mesmas razões, porém, surgindo em ordem inversa; o facto de não os desejarem (*score* médio de 4,22) é tido, neste concelho, como uma razão mais comum do que a económica (*score* médio de 3,57), para a não utilização dos equipamentos.

Em relação às razões menos referidas, o cenário é similar. Para os cuidadores familiares de Lisboa, as limitações da residência (*score* médio de 1,25) é a razão menos indicada, antecedida do desconhecimento do funcionamento (*score* médio de 1,27). Já no concelho do Porto, mantendo-se as razões, o desconhecimento do funcionamento (*score* médio de 1,50) é a razão menos evocada, antecedida das limitações da residência (*score* médio de 1,70).

Como se constata, os cuidadores familiares de Lisboa e do Porto apresentam poucas diferenças quando se trata de apontar as razões que consideram estar na base da não utilização dos equipamentos necessários. Às expectáveis razões de ordem económica, sobretudo quando se tem presente que a uma parte muito importante das famílias, em particular das mais idosas, vive com baixos recursos, juntam-se, razões que, com alguma estranheza, aparecem associadas à vontade dos cuidadores familiares. Porém, também neste caso, será importante ter presente que, na mesma população, as baixas taxas de escolaridade são comuns, logo o acesso a informação sobre novos equipamentos estará fortemente comprometido. Como dificilmente se pode desejar o que não se conhece, perceber-se-á o peso que o não-interesse pelos equipamentos necessários assume entre os cuidadores familiares de ambos os concelhos.

3.3.4.4. Os recursos humanos

No que diz respeito aos recursos humanos a que as pessoas dependentes e os cuidadores familiares recorrem no contexto da relação de cuidados, a situação vivida nos concelhos de Lisboa e do Porto tem mais pontos de contacto do que diferenças.

Entre os recursos não profissionais, os membros da própria família assumem-se, como seria esperado, como o principal recurso de que se socorrem as pessoas dependentes e os respetivos cuidadores familiares (62,8% em Lisboa e 70,3% no Porto). Este achado deixa transparecer que, pese embora a importância incontornável dos restantes familiares, são também muitas as

situações em que a relação de cuidados se desenvolve na sua ausência. São várias as causas que podem estar na origem destes casos. Poderão, pura e simplesmente, não existir; ou, existindo familiares capazes de prestar um apoio regular, não estarem disponíveis; ou, ainda caso existam, verem-se afastados do cuidado ao familiar dependente pelos próprios cuidadores familiares. Neste quadro, abre-se espaço à intervenção de outros atores: uns, os vizinhos, tradicionalmente associados às redes informais de apoio e solidariedade; outros, as empregadas domésticas, emergindo como resposta mais recente às novas realidades sociais de emprego, de família e de habitação. Se em Lisboa, os vizinhos têm um peso ligeiramente superior às empregadas domésticas (14,9%, e 13,8%, respetivamente), já no Porto a situação inverte-se (14,5% para o recurso a empregadas domésticas e 12,3% para o recurso a vizinhos).

Em relação aos profissionais da saúde avaliados, em qualquer uma das cidades, o mais solicitado é inegavelmente o médico. É mesmo o único recurso que é usufruído pela maioria das famílias, quer em Lisboa (70,9%), quer no Porto (77,6%). No que diz respeito aos restantes profissionais avaliados, é sempre maior o número de famílias que não utiliza os respetivos serviços do que o número daqueles que a eles recorrem. O enfermeiro é um destes casos. Enquanto recurso, 33,3% das famílias de Lisboa e 42,9% das famílias do Porto aproveitam os seus serviços, porém não usufruem desses mesmos serviços, respetivamente, 66,7% e 57,1% das famílias. Não tendo sido introduzida, na aplicação do inquérito, qualquer restrição (por exemplo quanto à natureza jurídica da relação profissional) que pudesse excluir dos resultados alguns destes profissionais, valores desta ordem de grandeza justificam toda a atenção em particular quando se está perante pessoas dependentes e pessoas que exercem o papel de cuidador familiar no seio da família. Ou seja, de pessoas que dificilmente estarão em condições de dispensar a ajuda profissional de enfermeiros. Estes dados deixam claro que uma parte importante das famílias com pessoas dependentes, em particular as residentes no concelho de Lisboa, não recorre ao médico e, ainda em maior número, ao enfermeiro. Assim, importará avaliar se este quadro se ficará a dever a uma oferta reduzida face às reais necessidades e/ou a uma procura aquém do que essas mesmas necessidades exigiriam.

Para além do que se reporta a médicos e a enfermeiros, questões de natureza similares, ainda que com um impacte distinto, poderão ser suscitadas face a outros profissionais. De facto, também são pouco utilizados, enquanto recurso ao dispor das famílias, o assistente social (78,3% em Lisboa e 86,3% no Porto não recorrem a este técnico) e o fisioterapeuta. Em relação a este último profissional, há uma associação significativa da utilização deste recurso com concelho de residência ($\chi^2(1)=6,83$, $p=0,009$). Apesar de a maioria das famílias não utilizar o recurso: fisioterapeuta, no Porto essa maioria (91,9%) é mais expressiva do que em Lisboa (81,4%).

Já o nutricionista e o psicólogo, ou não são utilizados, como acontece em Lisboa com o primeiro e no Porto com o segundo, ou têm uma utilização residual (inferior a 5% das famílias).

3.3.4.5. Os serviços

No que se refere à utilização dos diferentes serviços de saúde e de apoio mantém-se a similitude entre a realidade vivida nos concelhos de Lisboa e do Porto.

O centro saúde/unidade de saúde familiar e o hospital são os serviços de saúde a que a generalidade das pessoas dependentes e os cuidadores familiares recorre, contudo com os residentes no Porto a apresentarem percentagens mais altas de utilização. Na utilização do centro saúde/unidade de saúde familiar verifica-se uma associação significativa com o concelho de residência ($\chi^2 (1)=27,36$, $p<0,001$). Apesar de em Lisboa e no Porto, a maioria das famílias utilizar este recurso, no Porto essa maioria (89,4%) é mais expressiva do que em Lisboa (63,2%). O hospital é um recurso com um nível semelhante de utilização nos dois concelhos (82,8% em Lisboa e 85,6% no Porto), porém em Lisboa é o serviço de saúde a que as pessoas dependentes e os cuidadores familiares mais recorrem.

Em todos os restantes serviços de saúde avaliados, o número daqueles que a eles recorrem é sempre inferior ao dos que não os utilizam. Mesmo assim, destes, o INEM é o mais utilizado nos dois concelhos (39,7% em Lisboa e 42,8% no Porto). As modalidades de assistência à distância apresentam valores claramente mais baixos. No que se refere à utilização da denominada Linha Saúde 24, há uma associação significativa com o concelho de residência ($\chi^2 (1)=9,06$, $p=0,003$). Na verdade, trata-se de um recurso com baixa utilização que mesmo sendo utilizado por 7,6% das pessoas dependentes e dos cuidadores familiares do concelho do Porto, não constitui um recurso para os residentes de Lisboa (0,0% de utilizadores).

Os recursos disponíveis vocacionados para a prestação de serviços às pessoas dependentes têm uma utilização relativamente reduzida e sem grandes variações entre os concelhos do Porto e de Lisboa. A prestação de cuidados e outros serviços já habitualmente utilizados (mesmo sem condição de dependência) são aqueles que têm maior expressão, em particular no concelho Porto. De facto, os serviços de higiene e conforto são um recurso utilizado no Porto em 16,9% dos casos e em Lisboa em 14,2%. Os serviços de confeção de refeições e de apoio durante as mesmas são utilizados por 10,0% das pessoas dependentes do Porto e por 8,8% das de Lisboa. Por seu turno, os serviços de cabeleireiro, manicura e esteticista servem 15,6% das pessoas dependentes do Porto e 13,0% das de Lisboa. Outros serviços, como o do tratamento de roupa, têm um peso residual em qualquer uma das cidades (inferior a 5% dos casos em estudo).

No que concerne aos serviços de apoio técnico e de acompanhamento (como o apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente ou o acompanhamento da pessoa dependente ao exterior para consultas e saídas ocasionais), acentua-se a baixa procura (sempre abaixo dos 5%). Neste caso, é no Porto que se regista a menor procura. A única exceção tem a ver com o acompanhamento do dependente em casa. Para além de superar ligeiramente os 5%, é no Porto

que se regista a maior procura por parte das pessoas dependes (5,6%), enquanto em Lisboa essa mesma procura não ultrapassa os 3,5%.

3.3.4.6. *Os rendimentos*

No que se refere aos recursos de natureza financeira que se constituem como principais fontes de rendimentos da pessoa dependente, a pensão de reforma é, em qualquer dos concelhos, o mais comum. Há, porém, uma associação significativa ($\chi^2(1)=4,49, p=0,034$) entre o concelho de residência e a utilização deste recurso. Apesar de em Lisboa e no Porto, a maioria das famílias ter como rendimento a pensão de reforma, no Porto essa maioria (94,4%) é mais expressiva do que em Lisboa (87,2%).

Esta diferença acompanha, por excesso, a distribuição etária das pessoas dependentes. Com efeito, a percentagem de pessoas dependentes com 65 anos ou mais anos (idade esperada para a aposentação) é também menor em Lisboa (76,6%) do que no Porto (88,2%). Se admitirmos que dentro destas pessoas, algumas não terão trabalhado por conta de outrem e/ou não realizaram descontos para os sistemas de proteção social (hoje CGA e Segurança social), pelo que não terão direito à percepção deste rendimento, constata-se de imediato que existe um número importante de pessoas dependentes que, eventualmente em razão desta condição, terá abandonado precocemente a vida ativa, com consequências, também, ao nível do rendimento disponível.

A par deste rendimento, que decorre dos descontos que antes foram efetuados, logo com valores muito variáveis, existem outros de natureza diversa mas igualmente de valor variável. Entre estes, realçam-se os rendimentos do trabalho. Também em relação a este rendimento, há uma associação significativa ($\chi^2(1)=14,99, p<0,001$) com o concelho de residência. Mesmo não se tratando do rendimento principal para a maioria das famílias de Lisboa e do Porto, é mais expressiva a valorização deste recurso em Lisboa (21,6%) do que no Porto (5,8%). Se se tiver presente que, dos cuidadores familiares, 76,5% em Lisboa e 65,2% no Porto têm uma ocupação profissional, aquelas percentagens relativas ao rendimento principal parecem “anormalmente” baixas. Assim, ou os rendimentos do trabalho são extraordinariamente baixos ou, o que será mais provável, no momento da resposta ao inquérito, alguns cuidadores familiares ter-se-ão limitado a considerar os rendimentos do familiar dependente.

Esta explicação poderá também contribuir para a compreensão dos dados relativos às respostas dos familiares que consideram que a pessoa dependente está a cargo da família. Em relação a esta situação, verifica-se uma associação significativa ($\chi^2(1)=24,48, p<0,001$) com o concelho de residência, sendo que no Porto (45,5%) é mais expressivo o número das pessoas dependentes a cargo da família do que em Lisboa (16,7%).

Outros rendimentos, autónomos do quadro de dependência no autocuidado e sem que necessariamente determinem uma condição de carência económica, como são os casos dos rendimentos de propriedade e de empresa ou o subsídio de desemprego, têm uma importância marginal, não abrangendo, em qualquer das cidades, mais de 5% das famílias.

Para além das situações já antes referidas, foram também avaliadas algumas fontes de rendimento mais direccionadas para o apoio às pessoas com dependência no autocuidado e para a ajuda em situação de emergência social. O complemento de dependência, sendo o único subsídio especificamente dirigido às pessoas com dependência no autocuidado, constitui um recurso para 12,2% das famílias de Lisboa e para 9,0% das do Porto. Por seu turno, entre os subsídios mais generalistas, apenas o rendimento solidário para idosos (RSI) abrange um número ainda importante de famílias, mais concretamente, 7,8% no Porto e 2,7% em Lisboa. Os outros subsídios avaliados, como o Rendimento social de inserção, necessariamente relevantes numa perspetiva individual, têm pouca expressão, quer nas famílias de Lisboa, quer nas do Porto.

Estes subsídios, pela sua natureza, estão destinados apenas a alguns segmentos restritos da sociedade. Porém, face ao fenómeno da dependência no autocuidado e às características sociodemográficas das famílias em estudo, à partida, admitir-se-ia que estes apoios abrangessem amplos setores destas famílias. Como se constata, não é o caso. Por isso, será forçoso admitir que os critérios de elegibilidade poderão ser tão apertados que excluem muitos dos que teriam necessidade ou, em alternativa, que as famílias, pura e simplesmente, ignoram as possibilidades que estão ao seu dispor ou desconhecem a forma de lhes aceder. O facto de nenhuma das famílias de Lisboa ou do Porto referir o Programa conforto habitacional para idosos (PCHI) como recurso, reforça aquela ideia.

Por fim, saliente-se – não tanto pelo valor absoluto mas pelo que o número, em pleno século XXI, traduz de pobreza extrema e de (in)justiça social – que, no concelho do Porto, 2,6% das famílias têm as esmolas e os donativos como uma das principais fontes de rendimento. No concelho de Lisboa não foi identificado nenhum caso similar.

3.3.5. *Síntese*

No que concerne às dimensões sociodemográficas dos cuidadores familiares de Lisboa e do Porto, entre muitas semelhanças, registam-se algumas diferenças.

Em qualquer dos concelhos, os cuidadores familiares são mulheres (mais de 70%), têm baixa escolaridade (cerca de quatro anos em média), são casados (mais de 70%), têm uma ocupação profissional (mais de 65%). Porém, se em Lisboa é o cônjuge da pessoa dependente que mais frequentemente assume o papel de cuidador familiar (42%), no Porto esse papel cabe ao filho/filha (41%). Em Lisboa, não só os cuidadores familiares são mais velhos (43% têm mais

de 65 anos), como é significativamente mais elevado o número de casos em que os cuidadores familiares e as pessoas dependentes coabitam (93%).

A taxa global de autoeficácia dos cuidadores familiares do concelho Porto é significativamente mais elevada do que a dos de Lisboa. Se na análise por domínios do autocuidado da pessoa dependente não se verificam diferenças notórias, já na análise pelas dimensões das competências para o exercício do papel de cuidador resulta evidente que os cuidadores familiares de Lisboa se percebem particularmente eficazes para “agir”, “decidir” e “monitorizar” enquanto os do Porto apresentam os níveis mais elevados de autoeficácia nas dimensões “negociar com o sistema de saúde”, “monitorizar” e “providenciar cuidados”.

Apesar de no Porto os cuidados prestados pelo cuidador familiar de promoção do autocuidado (enquadrados na variável “incentivo”) terem maior expressão, é em Lisboa que a frequência dos cuidados de substituição da pessoa dependente (englobados na variável “intensidade”) é significativamente mais elevada do que no Porto.

Em relação aos equipamentos considerados necessários à realização do autocuidado, consta-se que a respetiva taxa global de utilização é mais elevada no Porto do que em Lisboa. Dos onze domínios do autocuidado avaliados, só em três (“alimentar-se”, “arranjar-se” e “vestir-se”) a taxa de utilização é mais elevada em Lisboa. Em relação aos restantes, a diferença é particularmente significativa no domínios “virar-se” e “tomar a medicação”.

Em qualquer um dos concelhos, o autocuidado “andar” é o domínio com as taxas mais elevadas de utilização dos recursos necessários, enquanto no polo oposto o domínio “arranjar-se” é o que apresenta taxas mais baixas. Para a não utilização dos recursos necessários, as questões de ordem económica são das principais razões evocadas.

Na utilização dos recursos humanos, quer os não profissionais como a família, quer os profissionais, não se registam diferenças relevantes entre os dois concelhos. Recorre-se sobretudo à família (mais de 62%), ao médico (mais de 70%), mas não tanto ao enfermeiro (33,3% em Lisboa e 42,9% no Porto).

Na utilização dos diferentes serviços disponíveis, as únicas diferenças significativas registam-se na procura do centro saúde/unidade de saúde familiar, que é maior em Lisboa, e na utilização da Linha Saúde 24, que é maior no Porto.

Quanto aos recursos financeiros, a pensão de reforma e os rendimentos de trabalho são recursos com uma utilização mais significativa em Lisboa. Por seu turno, no Porto são mais significativos casos em que a pessoa dependente está a cargo da família.

3.4. Contextos “dependência-cuidados-na-família”

A condição de dependência no autocuidado de um membro da família, primeiro, e a decisão de assegurar os cuidados necessários no ambiente familiar, depois, são duas faces de um processo que transformará profundamente a realidade coletiva da família e dos seus membros individualmente. Nesta nova realidade – mais desafiante e com novas necessidades – vivem os atores, como vive a família, uma transição. As mudanças que se operam podem ser apreciadas, como antes se afirmou, por diferentes ângulos (da pessoa dependentes, do cuidador familiar, da família, entre outros). Cada uma destas perspectivas traz, seguramente, um contributo válido ao conhecimento desta realidade. Porém, será sempre uma imagem parcial e limitada de uma realidade que é sistémica e complexa, em que as variáveis se influenciam mutuamente e transformam o ambiente em que se inscrevem. Importa, por isso, incorporar novas visões complementares, mais integradoras, que ultrapassem o plano das condições individuais de cada um dos atores envolvidos e se coloquem, também, num plano mais dinâmico das “ações e das consequências” que se geram no seio da família.

Para além de as pessoas dependentes poderem estar ou não no seio da família, entre os que estão em casa pode variar o nível de dependência. De igual modo, os cuidadores familiares podem ter maior ou menor autoeficácia. Mas, será que os cuidados que prestam são, pelo menos, suficientes (em quantidade e qualidade) para evitar a degradação da condição de saúde do seu familiar? A condição de saúde das pessoas dependentes estará mais subordinada aos cuidados prestados ou ao nível de dependência? Estas são algumas das questões que não poderão deixar de ser colocadas.

Neste capítulo, faz-se uma aproximação à compreensão da plasticidade desta realidade através da variação do “comportamento” das seis variáveis centrais que resultaram das etapas anteriores do estudo. Por um lado, o nível de dependência e a condição de saúde da pessoa dependente. Por outro lado, a orientação dos cuidados prestados pelo cuidador familiar (neste estudo, polarizada em duas variáveis: “incentivo” e “intensidade”), bem como, a respetiva autoeficácia. Por último, a taxa global de utilização dos recursos considerados necessários à prestação de cuidados.

Importa, por isso, perceber se as relações entre as diferentes variáveis permitem identificar padrões e admitem a adoção de modelos compreensivos e explicativos do fenómeno da dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas. Para o efeito, recorreu-se a uma técnica exploratória de análise multivariada que, a partir das características comuns das variáveis/sujeitos em análise, procede a agrupamentos naturais de conjuntos homogêneos de

sujeitos/variáveis (clusters) que, de outro modo, poderiam passar despercebidos: o Two-Steps Clusters¹³.

Esta ferramenta, que tem a vantagem de gerar o número ótimo de agrupamentos, caso, tal como na situação presente, estes não sejam conhecidos, identificou dois agrupamentos com um perfil de coesão e separação de “aceitável” (*fair*) próximo do 0,5 (ou seja, Bom) (figura 5). Este valor indica que, em média, os casos de cada um dos agrupamentos têm uma localização relativamente próxima dos respetivos centros, o que significa que a semelhança entre os membros do mesmo grupo é elevada (homogeneidade intragrupos) e a semelhança entre os membros de grupos diferentes é baixa (heterogeneidade entre grupos).

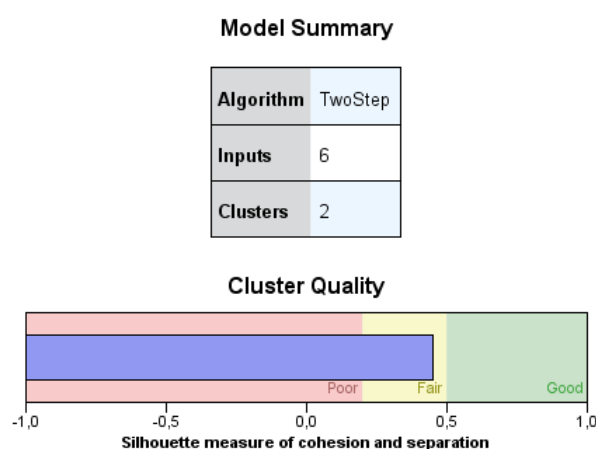


Figura 5. Perfil de coesão e separação dos agrupamentos

A análise de *clusters* foi realizada a partir das seis variáveis referidas, com base em 98 casos. A partir da forma como estas variáveis se combinaram identificaram-se dois agrupamentos. Para a identificação destes agrupamentos (figura 6), como seria expectável, a condição de dependência no autocuidado do membro da família surge como o principal preditor (“dependência” – 1,00). Segue-se o incentivo para a prestação de cuidados por parte do cuidador familiar (“incentivo” – 0,79), a condição de saúde do familiar dependente (“condição de saúde” – 0,48) e a autoeficácia do cuidador familiar (“autoeficácia” – 0,35). A intensidade dos cuidados prestados pelo cuidador familiar (“intensidade” – 0,13) tem uma importância residual e a taxa global de utilização dos equipamentos considerados necessários à realização do autocuidado (“taxa de utilização dos recursos” – 0,00) não tem interesse como preditor.

¹³ No capítulo da metodologia faz-se uma referência mais pormenorizada a esta técnica.

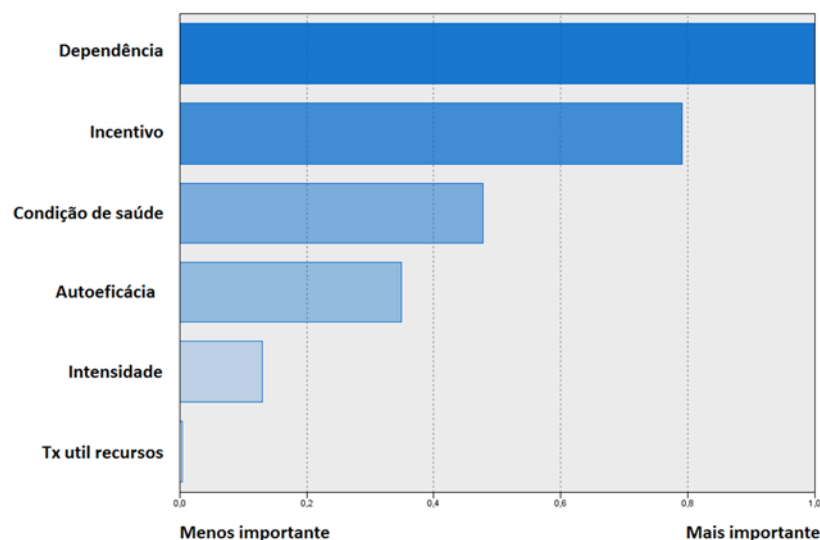


Figura 6. Importância dos preditores do processo de agrupamento

Cada um destes dois agrupamentos identifica, pelas características distintivas entre os grupos e pelos aspetos particulares que lhe são próprios, um tipo de contexto “dependência-cuidados-na-família” peculiar. Em razão da importância intragrupo das diferentes variáveis e do ator que, nesse contexto, assume maior protagonismo, denominaram-se os dois agrupamentos por: *condição de dependência – familiar dependente* (dependência – FD) e *cuidados de incentivo – cuidador familiar* (incentivo – CF) (figura 7).

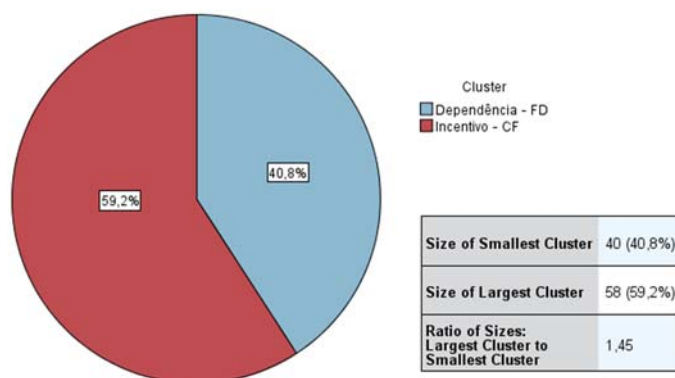


Figura 7. Dimensão dos agrupamentos

O agrupamento maior – contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar* – agrega 58 casos (59,2%) e o menor – contexto *condição de dependência – familiar dependente* – 40 casos (40,8%), com um rácio do maior para o menor de 1,45. A estes contextos será dada, mais adiante, uma atenção particular através de uma aproximação compreensiva a cada uma das realidades. Para já, procede-se a uma análise comparativa do comportamento das diferentes variáveis em cada um dos agrupamentos de modo a, por esta via, avaliar da existência de diferenças entre estes.

A partir destes dois agrupamentos gerados através da análise *TwoStep Cluster*, computaram-se novas variáveis, cujos valores são atribuídos de forma automática durante o processo que as gera (valores 1 e 2). A estas novas variáveis foram, posteriormente, aplicados testes de associação com outras variáveis descritivas tais como: a “assiste na deambulação”, “presença de sinais aparentes de rigidez articular” ou a “utilização de recursos não profissionais”, entre outras.

3.4.1. As variáveis nos contextos “dependência-cuidados-na-família”

Esta primeira análise dos fatores que dão corpo a cada um dos contextos foi realizada, variável a variável, não só por comparação entre os dois contextos, mas também por comparação com os dados globais (resultantes do conjunto de todos os casos sem distinção do contexto e denominados “global”). Para o efeito, recorreu-se ao gráfico da figura 8 e à tabela 7. No gráfico, os campos correspondentes a cada uma das variáveis são apresentados pela ordem de importância para a identificação dos agrupamentos. As *boxplot* de fundo, que se referem aos valores globais de cada uma das variáveis, mostram os intervalos interquartis (25 e 75) e a mediana. Os marcadores quadrados e as linhas horizontais indicam, respetivamente, a mediana e a amplitude interquartil (quartil 25 e quartil 75) para cada um dos contextos “dependência-cuidados-na-família”.

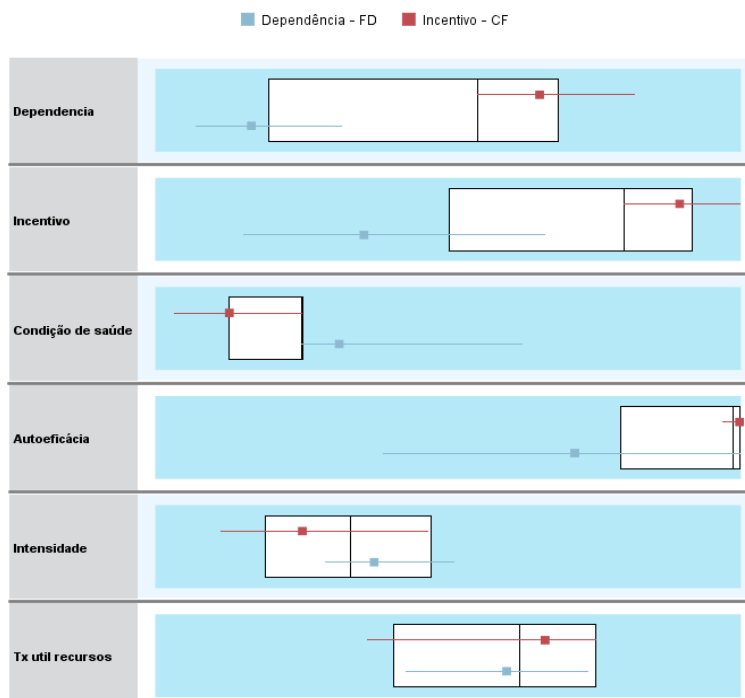


Figura 8. Comparação dos contextos “dependência-cuidados-na-família” e dos resultados “globais”, por variável

Numa apreciação geral ao comportamento das diferentes variáveis, duas observações emergem de imediato. Desde logo, identificam-se dois tipos de distribuição dos casos referentes a cada um dos contextos, dentro da variável. Um tipo, que inclui as variáveis “dependência”, “incentivo”, “condição de saúde” e “autoeficácia”, em que os valores das medianas de cada um dos agrupamentos se afastam do valor da mediana global. Outro tipo, que inclui as variáveis “intensidade” e “taxa de utilização dos recursos”, em que os valores das medianas estão próximos do valor da mediana global. Esta situação traduz a pouca importância preditiva destas últimas variáveis para a definição do modelo apresentado.

Uma segunda observação tem a ver com uma diferença entre os dois contextos. No contexto *condição de dependência – familiar dependente*, os valores das medianas relativas às quatro variáveis com maior importância na construção do modelo estão todos situados fora do respetivo intervalo interquartil global. De modo distinto, os valores das medianas das variáveis que integram o contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar* estão dentro daquele intervalo ou no limite do mesmo. Pode, assim, admitir-se, desde já, que na matriz de identidade de cada um dos agrupamentos, para além da distinta importância relativa das diferentes variáveis, o contexto *condição de dependência – familiar dependente* será constituído por casos mais “radicais”, ou seja, por casos que, em relação às principais variáveis, se situam claramente no extremo do intervalo dos valores registados.

Tabela 7. Medidas de localização nos contextos “dependência-cuidados-na-família”

Variáveis	Contextos	Quartil 25	Mediana	Quartil 75
Condição de saúde	<i>Dependência–FD</i>	2,01	2,51	5
	<i>Incentivo–CF</i>	0,27	1,01	2
	<i>Global</i>	1,01	2	2,02
Dependência	<i>Dependência–FD</i>	1,2	1,48	1,92
	<i>Incentivo–CF</i>	2,6	2,9	3,37
	<i>Global</i>	1,56	2,6	3
Incentivo	<i>Dependência–FD</i>	1,3	1,71	2,33
	<i>Incentivo–CF</i>	2,6	2,79	3
	<i>Global</i>	2	2,6	2,83
Intensidade	<i>Dependência–FD</i>	1,29	1,37	1,51
	<i>Incentivo–CF</i>	1,11	1,25	1,47
	<i>Global</i>	1,19	1,33	1,47
Autoeficácia	<i>Dependência–FD</i>	2,97	3,52	4
	<i>Incentivo–CF</i>	3,95	4	4
	<i>Global</i>	3,65	3,98	4
Tx. util. recursos	<i>Dependência–FD</i>	42,88	60	73,88
	<i>Incentivo–CF</i>	36,22	66,56	75,15
	<i>Global</i>	40,78	62,31	75,13

Uma análise comparativa das medidas de localização relativas a cada um dos contextos, quando realizada variável a variável e tendo por referência os resultados globais dessa variável (com inclusão de todos os casos), permite consolidar estas observações (tabela 7).

Dependência no autocuidado

No que se refere ao nível de dependência no autocuidado, os membros da família que apresentam um nível mais elevado de dependência integram o contexto *condição de dependência – familiar dependente*, enquanto os menos dependentes pertencem ao contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*. Neste caso, a diferença entre ambos é particularmente notória. Note-se que numa escala entre 1 e 3,9 (em que 4 seria a ausência de qualquer dependência no autocuidado), no contexto *condição de dependência – familiar dependente*, o valor da mediana para esta variável é de 1,48 (com quartil 25 igual a 1,20 e quartil 75 igual a 1,92), enquanto no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar* é de 2,90 (com quartil 25 igual a 2,60 e quartil 75 igual a 3,37).

Esta diferença entre os dois agrupamentos fica ainda mais evidente quando se compara a distribuição dos casos de “dependência” de cada um desses contextos com a distribuição global de todos os casos. De facto, no contexto *condição de dependência – familiar dependente*, não só o valor da mediana (1,48) é inferior ao valor do quartil 25 “global” (1,56), como o valor do quartil 75 (1,92) fica muito aquém do valor da mediana “global” (2,60). Inequivocamente, as pessoas mais dependentes no autocuidado integram o contexto *condição de dependência – familiar dependente*.

Já no que se reporta ao contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, a situação é oposta, com a inclusão das pessoas com menor nível de dependência. Neste contexto, o valor da mediana (2,90) é superior ao da mediana “global” (2,60), sendo que este valor da mediana “global” é igual ao do quartil 25 do contexto em apreço (2,60). Ou seja, o contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar* inclui as pessoas com menor nível de dependência no autocuidado. Com efeito, todos os casos que integram este contexto e que apresentam valores para a variável “dependência” superiores ao do quartil 25 encontram-se entre as pessoas menos dependentes (casos com valor igual ou superior à mediana “global”).

Cuidados de incentivo

Em relação às ações em que os cuidadores familiares encorajam as pessoas dependentes à realização do autocuidado, com o intuito de lhes promover a autonomia, regista-se que esta é uma prática mais marcada no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*. Quando se

procede à comparação do comportamento desta variável em cada um dos contextos, a situação não difere substancialmente da descrita a propósito da variável “dependência”, sendo, também neste caso, notória a diferença que se verifica entre os dois contextos.

Na distribuição “global” da variável “incentivo” (que podia assumir valores entre 1 e 3), a mediana situa-se no valor 2,60, enquanto o quartil 25 tem o valor de 2,00 e o quartil 75 de 2,83. Já, no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, o valor da mediana é de 2,79, ou seja, claramente superior ao valor da mediana “global” (2,60) e muito próximo do valor do quartil 75 “global” (2,83). Acresce que o quartil 25 da variável “incentivo” (2,60) tem, neste contexto, o mesmo valor na mediana global e o valor do quartil 75 corresponde ao valor máximo de incentivo (3,00). Neste quadro, infere-se que os cuidadores familiares que integram o contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar* são nitidamente os que realizam com maior frequência as ações de promoção da autonomia junto dos respetivos familiares dependentes.

Uma situação inversa verifica-se no contexto *condição de dependência – familiar dependente*. Neste contexto, a variável “incentivo” tem um valor do quartil 25 igual a 1,30 (já próximo do valor mínimo possível 1,00) enquanto o quartil 75 tem o valor de 2,33, o que não só evidencia uma distribuição mais alargada dos casos (maior amplitude interquartis), como os situa claramente abaixo do valor da mediana “global” (2,60). Note-se, ainda, que o valor 1,71 que a mediana da variável “incentivo” assume neste contexto é inferior ao valor do quartil 25 “global” (2,00). Assim, também aqui não subsistem dúvidas de que o contexto *condição de dependência – familiar dependente* integra os cuidadores familiares que menos incentivam os respetivos familiares dependentes à autonomia.

Condição de saúde do familiar dependente no autocuidado

O estado saúde das pessoas dependentes é pior no contexto *condição de dependência – familiar dependente*. Num quadro em que a variável “condição de saúde” pode assumir valores entre 0 e 8, correspondentes, respetivamente, à melhor e à pior condição de saúde, a amplitude interquartis “global” é relativamente pequena (o quartil 25 é igual a 1,01 e quartil 75 igual a 2,02) enquanto a mediana tem um valor (2,00) quase sobreponível ao do quartil 75. Estes achados evidenciam, desde logo, que, para a larga maioria das pessoas dependentes, o estado de saúde que apresenta não poderá ser considerado mau (três quartos dos casos têm uma condição de saúde que pode variar entre 0 e 2,0, numa escala em o pior estado de saúde avaliável teria o valor 8).

No contexto *condição de dependência – familiar dependente*, os casos distribuem-se, de forma alargada, pelos valores mais elevados da variável “condição de saúde” (o quartil 25 é igual a 2,01 e o quartil 75 igual a 5,00), ou seja traduzem um pior estado de saúde das pessoas

dependentes. A mediana da “condição de saúde” apresenta, neste contexto, um valor de 2,51, o que traduz uma situação pior do que a correspondente ao quartil 75 da “condição de saúde” “global” (2,02). Apesar de a deterioração da condição de saúde das pessoas dependentes no contexto *condição de dependência – familiar dependente* não ser extrema, ela distingue-se, para pior, da condição de saúde “global”.

No que se refere ao contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, a dispersão dos casos é menor (o quartil 25 é igual a 0,27 e o quartil 75 igual a 2,00), com a mediana da “condição de saúde” a situar-se no valor 1,01, ou seja, um estado de saúde que coincide com o valor do quartil 25 da “condição de saúde” “global” (2,00). Estes valores mostram que, no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, a maioria das pessoas dependentes apresenta uma razoável condição de saúde, sem grandes alterações ao nível das dimensões avaliadas.

Autoeficácia do cuidador familiar

A autoeficácia dos cuidadores familiares é elevada, em qualquer um dos contextos “dependência-cuidados-na-família”. Numa escala que poderia variar entre 1 e 4, representando este último valor a perceção de maior eficácia, os cuidadores familiares, tendencialmente, avaliam-se com elevados níveis de autoeficácia. Note-se que na autoeficácia “global” o quartil 25 é igual a 3,65 e o quartil 75 igual a 4,00 (valor máximo possível).

No contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, os casos estão particularmente concentrados nas proximidades do valor limite superior (o quartil 25 é igual a 3,95 e o quartil 75 igual a 4,00). A mediana desta variável apresenta, neste contexto, o valor 4 ou seja, o mesmo valor do quartil 75 da autoeficácia “global”. Estes resultados são demonstrativos da elevada autoeficácia dos cuidadores familiares que integram este contexto.

Por seu turno, no contexto *condição de dependência – familiar dependente*, a dispersão dos casos de autoeficácia é claramente maior (com o quartil 25 igual a 2,97 e o quartil 75 igual a 4,00). Neste contexto, os cuidadores familiares apresentam um leque mais alargado de níveis de autoeficácia. Esta situação deve-se à inclusão, neste contexto, dos casos em que a autoeficácia é menor e não tanto à inexistência de casos em que a autoeficácia seja muito elevada (4 é valor do quartil 75 em qualquer um dos contextos). Simultaneamente, ainda neste contexto, a mediana da autoeficácia situa-se no valor 3,52, valor inferior ao quartil 25 (3,65) da autoeficácia “global”. Neste quadro, pode concluir-se que o contexto *condição de dependência – familiar dependente* integra os cuidadores familiares com menor autoeficácia, pese embora esta seja relativamente elevada.

Intensidade dos cuidados

No que se refere à frequência com que o cuidador familiar presta cuidados de substituição da pessoa dependente, na realização do autocuidado, esta é maior no contexto *condição de dependência – familiar dependente*. Porém, ao contrário do que se verificava nas variáveis anteriores, na análise comparativa, entre os dois contextos, da dispersão dos casos e da relação com os valores “globais” da “intensidade, o padrão é menos heterogêneo. Não obstante as diferenças entre os dois contextos, a distribuição dos casos dentro de cada um deles é mais consonante com a distribuição global.

Numa variável que poderia assumir valores entre 1 e 2, a mediana da variável “intensidade”, no contexto *condição de dependência – familiar dependente*, situa-se no valor 1,37 (com o quartil 25 igual a 1,29 e o quartil 75 igual a 1,51). Este valor é superior ao da mediana “global” (1,33) mas inferior ao do quartil 75 “global” (1,47).

De modo análogo, no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, a mediana tem o valor de 1,25 (com o quartil 25 igual a 1,11 e o quartil 75 igual a 1,47), que se situa entre o valor do quartil 25 “global” (1,19) e da já referida mediana global (1,33).

Deste modo, constata-se que os cuidadores familiares de ambos os contextos realizam, com frequências similares, ações de autocuidado em substituição da pessoa dependente. Na realidade, apesar de a mediana da “intensidade” ter um valor ligeiramente mais baixo no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar* e ligeiramente mais alto no contexto *condição de dependência – familiar dependente*, do que o valor da mediana “global”, em ambos os casos os valores caem dentro do intervalo interquartis da “intensidade” global.

Utilização dos recursos necessários

Em relação à utilização dos recursos considerados necessários, constata-se que, não obstante as diferenças serem muito pouco notórias, a utilização é mais elevada no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*. Neste contexto, o valor da mediana da “taxa de utilização dos recursos” é de 66,56 (com o quartil 25 igual a 36,22 e o quartil 75 igual a 75,15), valor ligeiramente superior ao da mediana global (62,31) e inferior ao correspondente ao quartil 75 global (75,13). Já no contexto *condição de dependência – familiar dependente*, o valor da mediana da variável “taxa de utilização dos recursos” é de 60,00 (com o quartil 25 igual a 42,88 e o quartil 75 igual a 73,88), logo inferior (mas igualmente próximo) do valor da mediana global (62,31) e superior ao do quartil 25 global (40,78).

De notar, ainda, que a amplitude interquartis é maior no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, com um valor do quartil 25 inferior e um valor do quartil 75 superior, o que

traduz a existência de múltiplos perfis, entre os cuidadores familiares que integram este contexto, no que concerne à utilização dos recursos considerados necessários à satisfação das necessidades de autocuidado.

3.4.2. Caracterização dos contextos “dependência-cuidados-na-família”

Como antes se referiu, a análise de *clusters* permitiu identificar dois contextos (agrupamentos) “dependência-cuidados-na-família”. Depois de uma análise a partir das diferentes variáveis estudadas, apresentam-se, agora individualmente, cada um dos agrupamentos.

3.4.2.1. O contexto “condição de dependência – familiar dependente”

Para a identificação deste contexto, a dependência no autocuidado do membro da família (“dependência”) é a variável mais determinante, seguindo-se o incentivo para a prestação de cuidados por parte do cuidador familiar (“incentivo”), a condição de saúde do familiar dependente (“condição de saúde”) e autoeficácia do cuidador familiar (“autoeficácia”) (figura 9).



Figura 9. Variáveis dos agrupamentos *condição de dependência – familiar dependente* e *cuidados de incentivo – cuidador familiar*

Em função destas características, pode inferir-se que os diferentes sujeitos e condições se relacionam em função do elevado nível de dependência do familiar do dependente, razão pela qual se denominou este agrupamento como *condição de dependência – familiar dependente*.

Quando se comparam os dois agrupamentos (figura 9), verifica-se que o contexto *condição de dependência – familiar dependente* apresenta um valor médio mais baixo para as variáveis “dependência” (1,59), “incentivo” (1,81) e “autoeficácia” (3,43) e mais elevado para a variável “condição de saúde (3,42). Ou seja, integra os sujeitos com maior nível de dependência no autocuidado e em pior estado de saúde. Inclui, ainda, os prestadores de cuidados que incentivam menos os familiares dependentes e os que apresentam autoeficácia menos elevada.

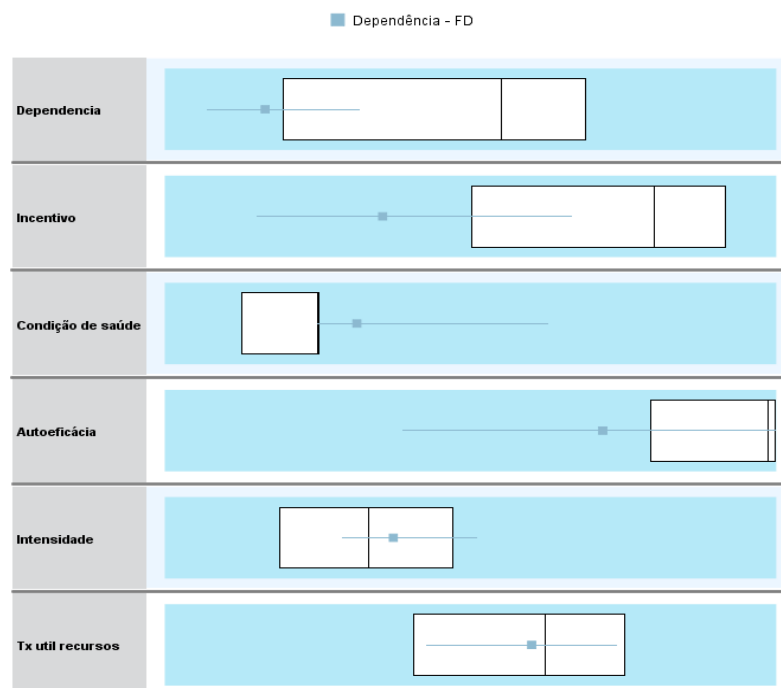


Figura 10. Comparação do agrupamento *condição de dependência – familiar dependente* com os resultados “globais”, por variável

Dependência no autocuidado

O contexto *condição de dependência – familiar dependente* é marcado pelo elevado nível de dependência no autocuidado do membro da família. Com efeito, neste contexto, a variável “dependência” apresenta um valor médio de 1,59, uma mediana de 1,48 e um valor de 1,92 para o quartil 75 – todos muito próximos do ponto extremo que traduz a “dependência” total no autocuidado (1,0) (tabela7, figura 9 e gráfico da figura 10). Também a observação do gráfico da figura 11 corrobora a constatação de que a distribuição das pessoas dependentes no contexto *condição de dependência – familiar dependente* se faz, de forma evidente, pelos valores mais baixos da variável, ou seja, engloba as pessoas que apresentam níveis mais elevados de dependência no autocuidado.

Sendo tão notório que o contexto *condição de dependência – familiar dependente* integra as pessoas mais dependentes no autocuidado, compreende-se, não só a importância preditiva desta variável (1,00) para a constituição dos dois agrupamentos, como a sua relevância primordial na definição do perfil deste agrupamento.

Não se estranha, por isso, que se verifique uma associação significativa ($\chi^2(1)=46,615, p<0,001$) entre os contextos “dependência-cuidados-na-família” e a dependência para: “levantar-se” ou “posicionar-se” ou “transferir-se” (“dependentes-acamados”). Enquanto no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, a maioria das pessoas (81%) não está “acamada”, já no

contexto *condição de dependência – familiar dependente*, a maioria das pessoas (90%) está, efetivamente, “acamada”. Estar acamado, traduz, nesta circunstância, a associação de duas realidades. Por um lado, a incapacidade de, sem ajuda, realizar uma, ou mais, das atividades primárias do autocuidado que se constituem como suporte à concretização de outras; ou seja, a pessoa que não é capaz de posicionar-se (“virar-se”) sozinha ou, inclusive, de levantar-se ou de transferir-se da cama para uma cadeira não terá capacidade de, sem ajuda, realizar as demais ações do autocuidado (“alimentar-se”, “vestir-se” etc.). Por outro lado, o facto de permanecer longos períodos confinada a uma cama, ainda que essa condição não exclua a possibilidade de algumas passagens periódicas por um equipamento de assento (vulgo, um cadeirão)

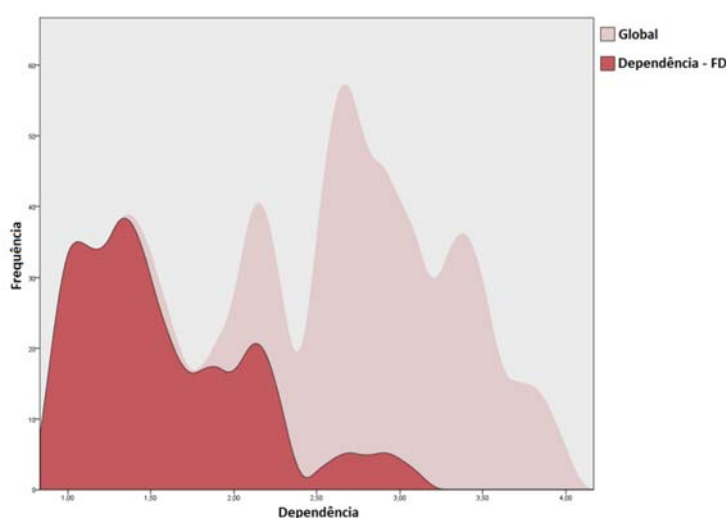


Figura 11. Distribuição da “dependência” no contexto *condição de dependência – familiar dependente*

É esta complexa condição de dependência do membro da família que, não só se constitui como o elemento determinante para a reorganização da realidade, mas, também, como o fator que despoleta a cadeia de respostas que se lhe seguem, desde logo, a decisão de um familiar de assegurar os cuidados necessários. Na realidade, quando o nível de dependência no autocuidado é particularmente elevado, como acontece no contexto *condição de dependência – familiar dependente*, esta condição adquire ainda uma maior centralidade, determinando uma cadeia de reações que influenciará todos os intervenientes e se tornará particularmente exigente para o cuidador familiar.

Condição de saúde do familiar dependente no autocuidado

A par do elevado nível de dependência no autocuidado dos familiares, o estado de saúde destes está relativamente degradado no contexto *condição de dependência – familiar dependente* (média de 3,42 na variável “condição de saúde”, numa escala que varia entre 0 e 8 e em que este valor

corresponde à pior condição de saúde avaliável). Como se observa na tabela 7 e no gráfico da figura 10 e a amplitude interquartis da “condição de saúde” demonstra (com o quartil 25 igual a 2,01 e o quartil 75 igual a 5,00), o estado de saúde das pessoas dependentes no autocuidado é muito heterogêneo (os familiares dependentes distribuem-se por um amplo leque de valores da variável), e torna-se evidente que as pessoas com pior condição de saúde integram invariavelmente o contexto *condição de dependência – familiar dependente* (gráfico da figura 12). Neste quadro, a condição de saúde da pessoa dependente constitui o terceiro fator mais importante para a definição do perfil do contexto *condição de dependência – familiar dependente*, logo a seguir à dependência no autocuidado do familiar dependente e às ações de incentivo por parte do cuidador familiar.

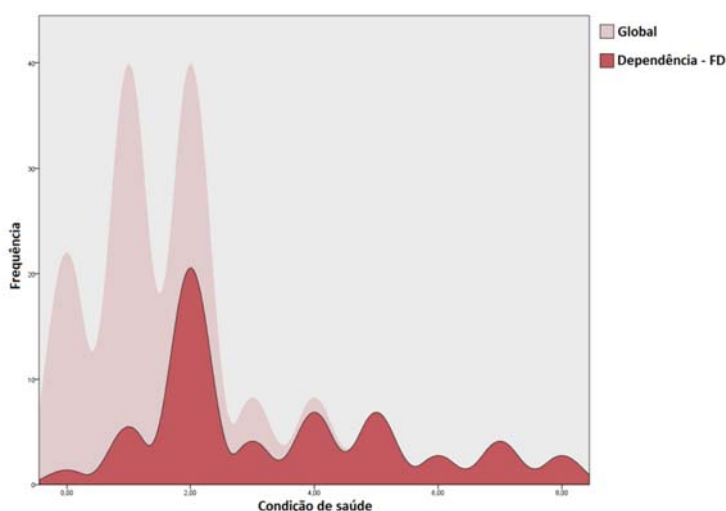


Figura 12. Distribuição da “condição da saúde” no contexto *condição de dependência – familiar dependente*

Esta deficiente condição de saúde do familiar dependente não deixará de guardar estreita relação com o respetivo nível dependência. Elevado nível de dependência significa, invariavelmente, a coexistência com uma incapacidade física e/ou mental (apesar de o inverso não ser necessariamente verdadeiro) que a determina, que se instalou de forma aguda ou gradual e que tanto pode decorrer de um quadro patológico bem identificado (*e.g.* um AVC), como da deterioração (funcional) associada ao processo de envelhecimento. Este quadro, mesmo restringido a uma vertente mais biofisiológica parece, só por si, ser razão suficiente para se reconhecer que elevados níveis de dependência no autocuidado estão associados a uma deterioração do estado de saúde.

Parece resultar claro que a deterioração do estado de saúde que as pessoas dependentes apresentam no contexto *condição de dependência – familiar dependente* não deixará de guardar relação com as causas que estão na origem da situação de dependência no autocuidado. A ser

assim, e como o nível de dependência atual é elevado, poderá admitir-se que terão sido situações severas de saúde a determinar a condição de dependência no autocuidado. Se a este quadro se juntar a evolução “normal” no sentido da progressiva degradação da condição física/mental, poderá estar explicada, pelo menos em parte, a atual (má) condição de saúde.

Nesta linha, poderão ser encontradas algumas das razões que, apesar de não explicarem integralmente os resultados comparativos com o ambiente *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, podem, pelo menos parcialmente, explicar as diferenças encontradas em relação a alguns dos indicadores da condição de saúde. Na realidade, regista-se uma associação significativa ($\chi^2(1)=30,302, p<0,001$) entre os contextos “dependência-cuidados-na-família” e a presença ou não de sinais de alteração do estado mental, sendo que no contexto *condição de dependência – familiar dependente*, a maioria dos familiares dependentes (78,9%) apresenta sinais de alteração do estado mental, enquanto no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, 78,6% das pessoas dependentes não apresentam sinais dessa alteração. Também no que concerne à presença ou não de sinais aparentes de rigidez articular, verifica-se uma associação significativa ($\chi^2(1)=9,865, p=0,002$) com os contextos “dependência-cuidados-na-família”. No contexto *condição de dependência – familiar dependente*, a maioria dos familiares dependentes (80,0%) apresenta sinais aparentes de rigidez articular, enquanto no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar* a maioria (54,2%) não apresenta esses sinais.

Em relação ao estado mental e à rigidez articular, não é possível excluir a possibilidade de que a respetiva deterioração possa guardar uma relação efetiva com o quadro patológico que determinou a condição de dependência no autocuidado. Situações patológicas mais graves e comuns entre as causas da dependência, como os AVC em pessoas idosas, poderão, de facto, estar na origem de alterações do estado mental pela lesão direta do tecido cerebral e de alguma rigidez articular como efeito secundário da hemiplegia que geralmente surge nestes casos.

Porém, noutros casos, parece bem concreta a possibilidade de a condição de saúde atual resultar, não tanto da condição prévia de saúde, mas, também, da própria condição de dependência no autocuidado. Quando o cuidar de si deixa de ser assegurado pelo próprio e passa a ser garantido por uma terceira pessoa, como acontece neste contexto, não se pode excluir a possibilidade de que esta mudança possa implicar um autocuidado menos eficiente. Perante familiares com níveis elevados de dependência no autocuidado que afetam, como no caso do contexto *condição de dependência – familiar dependente*, praticamente todos os domínios do autocuidado, a ação de substituição, por parte do cuidador familiar, é decisiva e incontornável. Ao cuidador familiar passa a caber a responsabilidade de desenvolver ações em aspetos tão básicos mas,

simultaneamente, tão essenciais como o de fornecer a água e os alimentos necessários à manutenção da vida; o de mobilizar a pessoa evitando que a ação da gravidade, juntamente com o peso do corpo, provoque complicações como as úlceras de pressão; ou, entre outras, a de manter o asseio e o aprumo na apresentação do familiar que se coadune com a dignidade humana. As falhas e as ineficiências neste domínio implicam uma indesejável deterioração da condição de saúde, evidente quando se avalia a existência de associações significativas entre os contextos “dependência-cuidados-na-família” e a presença de algumas variáveis que funcionam como indicadores de saúde.

Em relação aos aspetos da saúde que guardam relação com o aporte de alimentos e líquidos, os contextos “dependência-cuidados-na-família” apresentam uma associação significativa, quer com a presença ou não de sinais aparentes de desidratação ($\chi^2(1)=17,414$, $p<0,001$), quer com a presença ou não de sinais aparentes de desnutrição ($\chi^2(1)=5,093$, $p=0,042$), neste caso com correção de *Fisher's Exact Test*. Numa situação e na outra, a condição de saúde dos familiares dependentes que integram o contexto *condição de dependência – familiar dependente* é pior, já que o integram, quer a maioria (88,9%) dos que apresentam sinais aparentes de desidratação, quer a maioria (85,7%) dos que apresentam sinais aparentes de desnutrição.

Numa outra vertente, é comumente reconhecido que uma menor, ou menos eficiente, mobilização das pessoas dependentes por parte dos seus cuidadores determinará, na maioria das vezes, o desenvolvimento de úlceras de pressão. Deste modo, também a presença ou não de sinais aparentes de compromisso da integridade da pele, para além de um dado objetivo da condição de saúde, pode funcionar como um indicador da qualidade dos cuidados recebidos pela pessoa dependente. Da análise realizada, resultou evidente a existência de uma associação significativa ($\chi^2(1)=10,574$, $p<0,001$) entre a presença, ou ausência, destes sinais com os contextos “dependência-cuidados-na-família”, sendo que entre as pessoas dependentes que apresentam sinais aparentes de compromisso da integridade da pele, a maioria (71,4%) integra o contexto *condição de dependência – familiar dependente*.

Importa recordar que a condição de saúde no âmbito deste estudo não se reporta à presença de doenças, nem se restringe a manifestações biofisiológicas de distúrbios e disfunções. Relevam, por isso, para a sua integral avaliação outros aspetos – muitas vezes erradamente considerados de pormenor – que traduzem o avanço civilizacional e evidenciam a atenção e o envolvimento da pessoa no cuidado de si ou, nas situações de dependência no autocuidado, do cuidador ao seu familiar dependente. A escolha do vestuário adequado, a limpeza e o asseio com que as pessoas dependentes no autocuidado se apresentam são alguns destes aspetos.

No intuito de verificar se existe associação entre algumas destas variáveis com os contextos “dependência-cuidados-na-família” realizaram-se os mesmos testes de Qui-Quadrado. Através da análise realizada, verificou-se a existência de uma associação significativa entre os referidos contextos e a presença, ou não, de sinais de condição de vestuário deficiente ($\chi^2 (1)=13,599$, $p < 0,001$), sendo que entre os que apresentam sinais de condição de vestuário deficiente, a maioria (83,3%) integra o contexto *condição de dependência – familiar dependente*. Verificou-se, ainda, que existe uma associação significativa entre os contextos “dependência-cuidados-na-família” e a presença, ou não, de sinais de condição de higiene e asseio deficiente ($\chi^2 (1)=9,019$, $p=0,003$), sendo que, entre os que apresentam condição de higiene e asseio deficiente, a maioria (80,0%) integra o contexto *condição de dependência – familiar dependente*.

A pior condição de saúde presente no contexto *condição de dependência – familiar dependente* pode, assim, ser o resultado de um deficiente autocuidado que tende a facilitar a degradação física e mental (e.g. por falta de mobilidade e de estímulo) e a aumentar a probabilidade de ocorrerem episódios de doença que, nas suas manifestações e/ou nas suas sequelas, deteriorarão, ainda mais, o estado de saúde (e.g. infecções por diminuição da higiene).

Nesta perspetiva, a dependência no autocuidado e a condição de saúde surgem como realidades indissociáveis em que ambas poderão ser ora causa, ora efeito, mas em que, nos contextos de grande dependência em que o autocuidado é, em larga medida, assegurado por um cuidador familiar, invariavelmente, surgem associadas à qualidade dos cuidados que são assegurados por este.

Cuidados de incentivo

Face à condição de dependência no autocuidado do familiar, o cuidador familiar desenvolve ações que, em razão do primeiro objetivo que perseguem, podem ser agrupadas em dois grandes domínios. Por um lado, as ações que visam assegurar o que o familiar dependente não pode fazer por si, ou seja, que resultam na substituição deste no autocuidado (variável “intensidade”). Por outro lado, as ações que pretendem fazer com que o familiar utilize, ao limite, as capacidades e o potencial que tem para realizar o respetivo autocuidado, ou seja, que o incentivam a rentabilizar as capacidades de que dispõe e o estimulam a participar e a envolver-se no cuidado a si próprio (variável “incentivo”. De algum modo, e na medida em que impelem à participação da pessoa dependente, estas ações de incentivo funcionam como um indicador contínuo da capacidade para o autocuidado da pessoa dependente e como modelador da ação substitutiva do cuidador familiar.

O contexto *condição de dependência – familiar dependente* é marcado pelo elevado nível de dependência no autocuidado do membro da família e pelas ações de incentivo, por parte do cuidador familiar, para que o familiar dependente realize o autocuidado. A variável “incentivo”

apresenta um valor médio de 1,81, numa escala em que 3 é o valor máximo passível (figura 9). Como se observa no gráfico da figura 13, neste contexto, há alguma heterogeneidade nas práticas de incentivo dos cuidadores familiares. Este facto é, de alguma forma, confirmado na tabela 7 e no gráfico da figura 10 pela amplitude interquartis (com o quartil 25 igual a 1,30 e o quartil 75 igual a 2,33) desta variável. Apesar disso, não se pode ignorar que os cuidadores familiares que menos incentivam as pessoas dependentes integram o contexto *condição de dependência – familiar dependente* (gráfico da figura 13) e que esta variável é, logo depois da “dependência”, a mais importante na definição do perfil deste agrupamento (figura 9).

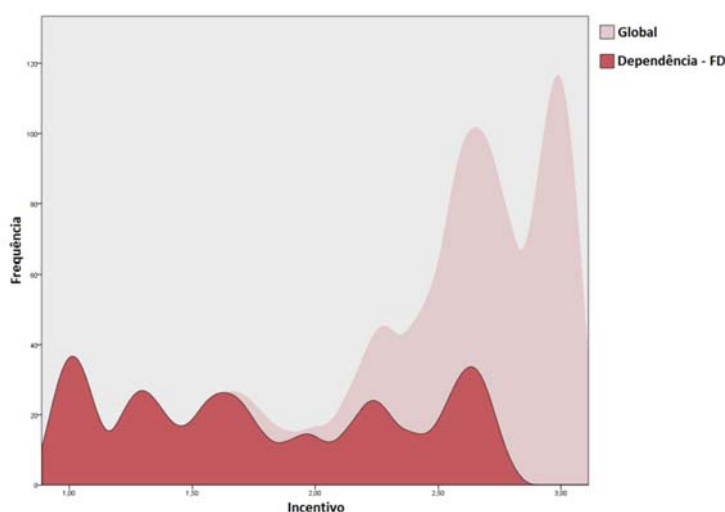


Figura 13. Distribuição do “incentivo” no contexto *condição de dependência – familiar dependente*

Apesar desta importância, as práticas de incentivo não adquirem a mesma relevância que têm em ambientes em que os familiares apresentam menor nível de dependência no autocuidado. Na presença de familiares com um elevado nível de dependência e, como atrás já se constatou, com uma má condição de saúde, o cuidador familiar vê-se, antes de mais, forçado a substituí-lo em muitas, quando não em todas, das ações desse autocuidado. Nestas circunstâncias, as iniciativas de estímulo e de incentivo tenderão a perder algum protagonismo.

Poderia, inclusive, colocar-se a questão do interesse deste tipo de ação em situações em que a pessoa está incapaz de realizar, por si, qualquer ação de autocuidado, logo completamente dependente do cuidador familiar. E, subsidiariamente, até colocar-se em causa o nível de conhecimentos e de preparação dos cuidadores familiares para assumirem esse papel. Porém, mesmo que as ações de incentivo possam ter um interesse reduzido ou até nulo, como se pode admitir na maioria dos casos de grande dependência (“dependentes- acamados” irreversíveis), em alguns outros casos – ainda enquadráveis no contexto *condição de dependência – familiar*

dependente – haverá, seguramente, espaço para ações de promoção do autocuidado, em particular, nos primeiros meses após o evento que gerou a dependência inicial.

Em qualquer caso, práticas de “incentivo” que se situem acima do ponto médio da escala utilizada (1,81) indicam uma clara tendência dos cuidadores familiares para o envolvimento e a participação dos familiares dependentes no respetivo autocuidado, mesmo quando a sua capacidade é mínima. É que, muitas destas ações, conquanto não sejam efetivas neste quadro de dependência no autocuidado, se forem percebidas pelo prestador de cuidado como uma forma de comunicar com o familiar dependente, podem constituir-se como uma espécie de substituto das interações verbais de outrora.

Em qualquer caso, será sempre de salientar que, não obstante o peso das ações de incentivo dos cuidadores familiares neste contexto, não deixa de ser menor do que no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*.

Intensidade dos cuidados

Em relação aos cuidados prestados pelos cuidadores familiares, a variável “intensidade” apresenta, no contexto *condição de dependência – familiar dependente*, um valor médio de 1,41, numa escala que podia assumir valores entre 1 e 2 (figura 9). Apesar deste valor médio, da mediana (1,37) e do intervalo interquartis apresentarem valores mais elevados neste contexto, a diferença que se regista em relação ao contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar* não é particularmente notória (tabela 7 e gráfico da figura 8). A análise do gráfico da figura 14 permite confirmar esta realidade: apesar de não existirem diferenças muito relevantes nas práticas dos cuidadores familiares de cada um dos contextos, é no ambiente *condição de dependência – familiar dependente* que se encontram os cuidadores familiares que, na prática de assistência, incorporam mais ações de substituição do familiar dependente na realização do autocuidado.

Para além da frequência com que o cuidador familiar concretiza ações de estímulo e de encorajamento da pessoa dependente para que esta realize o autocuidado, no contexto *condição de dependência – familiar dependente*, o cuidador familiar terá de realizar um vasto conjunto de ações em que substitui a pessoa dependente. O elevado nível de dependência no autocuidado dos familiares, que caracteriza este contexto, exige este tipo de ação aos respetivos cuidadores. Na realidade, o que a pessoa dependente não é capaz de realizar sozinha terá de, obrigatoriamente, ser realizado por outra pessoa.

Assim, no contexto *condição de dependência – familiar dependente* – e na incontornável presença de pessoas muito dependentes –, a ação substitutiva por parte do cuidador familiar na

realização do autocuidado assume enorme importância. Esta ação do cuidador familiar pode variar em número (pode substituir o familiar dependente numas atividades mas não em outras) e em frequência (pode realizar a mesma atividade mais ou menos vezes). Como antes se referiu, os valores que a variável “intensidade” assume estão, basicamente, relacionados com este último aspeto, ou seja, com a frequência com que o cuidador familiar realiza algumas tarefas do autocuidado da pessoa dependente.

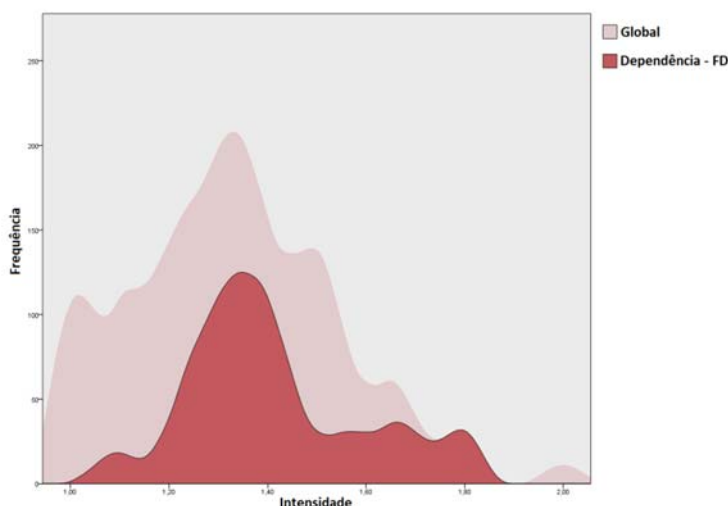


Figura 14. Distribuição da “intensidade” no contexto *condição de dependência – familiar dependente*

Através do teste de Qui-Quadrado confirmou-se a existência de associações significativas entre algumas das variáveis que representam ações do autocuidado (da pessoa dependente) asseguradas pelo cuidador familiar e os contextos “dependência-cuidados-na-família”. Estão nesta situação as variáveis: “arranjo das unhas”; “inspeção da pele do períneo”; “aplicação de cremes hidratantes”; e, “limpeza dos ouvidos”.

Na realidade, existe uma associação significativa ($\chi^2(1)=16,253, p<0,001$) entre os contextos “dependência-cuidados-na-família” e a frequência com que, por mês, arranjam as unhas ao familiar dependente, sendo que, entre os prestadores de cuidados que mais vezes arranjam as unhas, a maioria (66,7%) integra o contexto *condição de dependência – familiar dependente*.

Há, também, uma associação significativa ($\chi^2(1)=7,307, p=0,007$) entre os contextos “dependência-cuidados-na-família” e a inspeção diária da pele do períneo ao familiar dependente, sendo que a maioria (81,3%) dos prestadores de cuidados que mais vezes inspecionam a pele do períneo integra o contexto *condição de dependência – familiar dependente*.

De igual modo, regista-se uma associação significativa ($\chi^2 (1)=15,023, p<0,001$) dos contextos “dependência-cuidados-na-família” com a aplicação semanal de cremes hidratantes ao familiar dependente, sendo que, entre os prestadores de cuidados que aplicam mais vezes cremes hidratantes, a maioria (77,1%) integra o contexto *condição de dependência – familiar dependente*.

Existe, ainda, uma associação significativa ($\chi^2 (1)=6,951, p=0,008$) entre os contextos “dependência-cuidados-na-família” e a limpeza semanal dos ouvidos ao familiar dependente, sendo que a maioria (67,7%) dos prestadores de cuidados que mais vezes limpa os ouvidos integra o contexto *condição de dependência – familiar dependente*.

Apesar de as práticas de substituição no autocuidado da pessoa dependente terem maior peso entre os cuidadores familiares que integram o contexto *condição de dependência – familiar dependente*, a variável “intensidade”, como antes se referiu, não assume, seja na caracterização do perfil de cada um dos agrupamentos, seja na definição dos dois contextos (agrupamentos), um peso relativo (com referência nas restantes variáveis em apreço) tão determinante quanto o que seria expectável. De facto, admitindo-se que os cuidados de substituição da pessoa dependente no autocuidado ocorreriam tendencialmente no contexto *condição de dependência – familiar dependente*, seria expectável uma diferença notória na ação dos cuidadores familiares, de acordo com o contexto. O facto de a relevância da variável “intensidade” ficar aquém do que poderia ser expectável leva a que se considere a possibilidade de a condição de dependência poder não pautar, de forma tão notória como se admitiria, a frequência dos cuidados de substituição (da pessoa dependente) prestados pelos cuidadores familiares.

Pode, desde logo, presumir-se que esta situação decorre da realização, no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, de mais cuidados de substituição do que aqueles que seriam necessários. De facto, é reconhecida a tendência dos cuidadores para substituírem o familiar dependente, inclusive nas tarefas em que este demonstra potencial, ou até alguma capacidade, para a respetiva realização. Por exemplo, o cuidador familiar não só dá água ao familiar que está incapaz de lhe aceder, como a fornece àqueles que lhe poderiam aceder pelos seus próprios meios. Ao fazê-lo não estará a contribuir para a manutenção da autonomia na realização do autocuidado, menos ainda a promover essa autonomia, mas estará a agir de acordo com a expectativa que tem para o exercício do papel: cumprir a obrigação como membro da família, garantindo todos os cuidados ao familiar e obtendo deste o reconhecimento pela ação desenvolvida.

Numa perspetiva oposta, e quando se tem em conta os elevados níveis de dependência no autocuidado que as pessoas dependentes apresentam no contexto *condição de dependência – familiar dependente*, pode admitir-se que a frequência com que os cuidadores familiares realizam cuidados de substituição é mais baixa do que deveria ser.

A similitude que se regista nas práticas de substituição da pessoa dependente, em ambos os contextos, poderá ficar a dever-se sobretudo à omissão de cuidados às pessoas mais dependentes e, não tanto, à realização de cuidados desaconselháveis às pessoas menos dependentes. Os valores médios da variável “intensidade” (sempre mais próximos do valor mínimo do que do máximo) parecem reforçar esta possibilidade.

No entanto, convém notar que, apesar de não ter um peso determinante, no contexto *condição de dependência – familiar dependente*, a “intensidade” é a quarta variável mais importante, enquanto no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar* é apenas a “quinta”, o que indicia uma maior preponderância, no contexto *condição de dependência – familiar dependente*, das práticas em que o familiar cuidador substitui o familiar dependente no autocuidados

Pese embora esta diferença, persiste a questão da baixa importância relativa da “intensidade” na definição do perfil intra-agrupamento. Não se podendo excluir a possibilidade de as ações que estão na base da computação desta variável não terem, por razões não avaliadas, uma tradução relevante na realidade dos cuidados, parece mais curial admitir que o cuidador familiar dará mais relevo à variedade (quantidade) das ações que realiza do que propriamente à frequência com que concretiza cada um desses cuidados. Acresce que no exercício de um papel em que é necessário substituir a pessoa dependente, os cuidadores familiares, para além de permanentemente impelidos a realizarem os cuidados pelo outro, podem modelar a respetiva frequência, mais em razão da avaliação da necessidade que fazem no momento, do que no seguimento de um plano de ação continuada em função do nível de dependência no autocuidado.

Autoeficácia do cuidador familiar

No que se refere à autoeficácia dos cuidadores familiares, apesar de no contexto *condição de dependência – familiar dependente* se registarem valores elevados (“autoeficácia” média de 3,43 e mediana de 3,52 numa escala em que o limite máximo é 4), estes são, ainda assim, mais baixos do que no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar* (tabela 7 e figura 9).

Em ambos os contextos, o valor do quartil 75 é igual ao valor máximo da escala (4,00) o que vem confirmar a existência, em cada um dos contextos, de uma parte importante de cuidadores familiares com elevado nível de autoeficácia. Pese embora esta constatação, é, como se observa no gráfico da figura 15, o contexto *condição de dependência – familiar dependente* que integra

os cuidadores familiares com menor autoeficácia. Acrescente-se que a autoeficácia dos prestadores de cuidados, neste contexto, é relativamente heterogênea (diferentes valores da variável têm frequências similares).

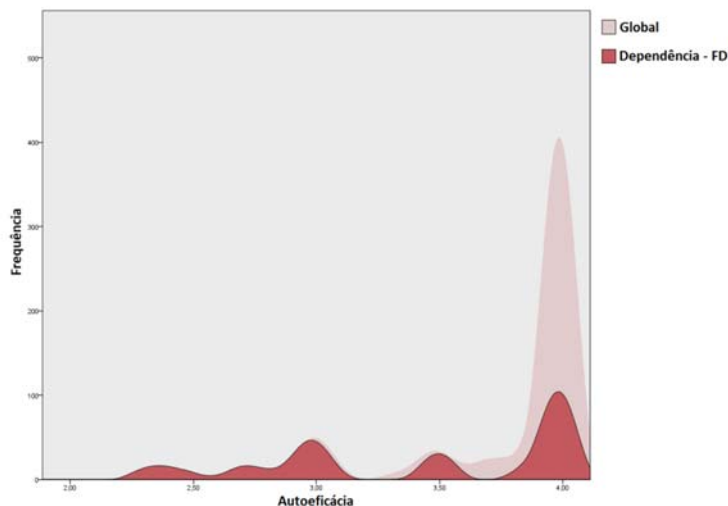


Figura 15. Distribuição da “autoeficácia” no contexto *condição de dependência – familiar dependente*

No ambiente *condição de dependência – familiar dependente*, o elevado nível de dependência no autocuidado e a má condição de saúde da pessoa dependente são, desde logo, realidades inultrapassáveis no processo de desenvolvimento da autoeficácia dos cuidadores familiares. Se a estes aspetos se acrescentarem a, geralmente, inexorável evolução da situação de dependência para níveis cada vez mais elevados e o progressivo agravamento do estado de saúde, o cuidador familiar estará permanentemente confrontado, não só com a ausência de sinais de melhoria, mas, pelo contrário, com uma progressiva degradação física e mental do familiar dependente. Como estas circunstâncias exigem do cuidador familiar mais conhecimentos e um repertório de competências mais diferenciado, não será de estranhar que ele coloque em causa a sua real capacidade para o exercício do papel, com inevitáveis reflexos negativos na autoeficácia.

Utilização dos recursos necessários

A taxa de utilização dos equipamentos e dos recursos considerados necessários no contexto *condição de dependência – familiar dependente* apresenta um valor médio de 58,64 e um valor da mediana de 60,00. Estes valores são, ainda que ligeiramente, menores do que os que se registam no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar* (tabela 7 e figura 9).

Este achado poderá, de alguma forma, estar ao arrepio do que seria expectável: pessoas mais dependentes, maior utilização de recursos. O que poderá então explicar que neste contexto a

utilização de recursos/equipamentos necessários seja menor do que no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*?

Antes de mais, importa recordar que a “taxa de utilização dos recursos” foi calculada pela razão entre os equipamentos/recursos que os enfermeiros/investigadores consideraram necessários para cada um dos domínios do autocuidado de uma pessoa em concreto e os equipamentos efetivamente utilizados. Como não se trata de um valor absoluto, não se pode liminarmente afirmar que no contexto *condição de dependência – familiar dependente* haja utilização de menos recursos. É até possível que se verifique o contrário. Bastaria, para isso, que na avaliação das necessidades das pessoas mais dependentes, os enfermeiros/investigadores considerassem ser necessária uma maior variedade de equipamentos sem que os equipamentos existentes, mesmo em maior número, acompanhassem, na mesma proporção, o aumento decorrente das necessidades identificadas.

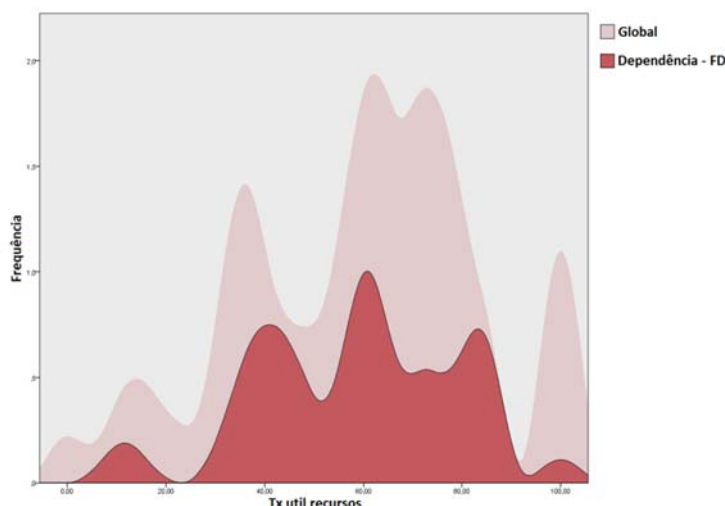


Figura 16. Distribuição da “taxa de utilização dos recursos” no contexto *condição de dependência – familiar dependente*

Em qualquer caso, os resultados parecem sobretudo indicar que a variação no nível de dependência, ao determinar uma alteração das necessidades dos utilizadores, implica concomitantemente uma modificação nos equipamentos necessários. Ao contrário do que acontece no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, quando o nível de dependência é muito elevado, nomeadamente sempre que a pessoa dependente está confinada ao leito – como se verifica no contexto *condição de dependência – familiar dependente* – os recursos são, basicamente, utilizados pelo cuidador familiar com o objetivo de o lhe facilitarem a prestação de cuidados ao familiar dependente.

Deste modo, em alternativa a falar-se na menor utilização de equipamentos/recursos no contexto *condição de dependência – familiar dependente*, será mais apropriado reter que, em razão do

nível de dependência no autocuidado, recursos diferentes são necessário e são usados por sujeitos distintos, com taxas semelhantes de utilização

Para além dos equipamentos/recursos diretamente relacionados com os diferentes domínios do autocuidado, foi igualmente avaliada a existência de associações significativas entre os contextos “dependência-cuidados-na-família” e a utilização de outros recursos de algum modo associados à realização do autocuidado, recorrendo, para o efeito, ao Teste de Qui-Quadrado. Os resultados demonstram que existe uma associação significativa com alguns desses recursos e serviços e que, em todos esses casos, a respetiva utilização é maior no contexto *condição de dependência – familiar dependente*. Estes recursos abrangem áreas de apoio à prestação de cuidados e ao bem-estar, bem como, serviços e profissionais da saúde.

Por exemplo, no que se refere à utilização, ou não, dos recursos: “acompanhamento do dependente em casa” ou “cuidados de higiene e conforto” regista-se uma associação significativa com os contextos “dependência-cuidados-na-família”, no primeiro caso com $\chi^2(1)=7,840$, $p=0,009$, com a correção de *Fisher's Exact*, e no segundo caso com $\chi^2(1)=26,388$, $p<0,001$. Em ambas as situações, todas as famílias (100,0%) que utilizam estes serviços integram o contexto *condição de dependência – familiar dependente*.

Para além destes serviços mais vocacionados para a resposta a exigências mais básicas do autocuidado, também entre os serviços mais vocacionados para o que se poderá designar como conforto e bem-estar se encontra uma situação de associação significativa com os contextos “dependência-cuidados-na-família”. De facto, é significativa a associação ($\chi^2(1)=6,437$, $p=0,011$) entre aqueles contextos e a utilização do recurso: cabeleireiro, manicura e esteticista, sendo que, entre os prestadores de cuidados que utilizam este recurso, a maioria (66,7%) integra o contexto *condição de dependência – familiar dependente*.

Estes resultados permitem admitir que a utilização deste tipo de serviços profissionais de apoio, ainda que não seja generalizada, constitui uma opção importante para as famílias que integram pessoas com nível elevado de dependência no autocuidado.

Em relação aos serviços de saúde, apenas se regista uma associação significativa ($\chi^2(1)=7,855$, $p=0,005$) dos contextos “dependência-cuidados-na-família” com a utilização do recurso: 112 INEM, sendo que, entre os prestadores de cuidados que utilizam este recurso, a maioria (67,5%) integra o contexto *condição de dependência – familiar dependente*.

Já em relação aos profissionais da saúde, a única associação significativa ($\chi^2(1)=11,039$, $p=0,001$) regista-se na utilização do recurso: enfermeiro. Também neste caso,

entre as famílias que recorrem ao enfermeiro, a maioria (65,0%) integra o contexto *condição de dependência – familiar dependente*.

Deste modo, no contexto *condição de dependência – familiar dependente*, os equipamentos/recursos necessários aos diferentes domínios do autocuidado têm uma taxa global de utilização similar à do contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*. Esta situação explicará a pouca importância que a “taxa de utilização dos recursos” tem, quer para a definição dos agrupamentos, quer dentro do agrupamento para a caracterização do respetivo perfil.

Note-se, ainda, que os diferentes equipamentos/recursos parecem responder, no contexto *condição de dependência – familiar dependente*, a um padrão distinto de utilização, ou seja, tendem a servir mais o cuidador familiar na prestação de cuidados à pessoa dependente do que esta na sua ação de autocuidado. Como no contexto *condição de dependência – familiar dependente*, a utilização dos recursos necessários fica muito aquém do desejável, os cuidadores familiares estão a exercer o seu papel com escasso apoio de equipamentos de ajuda, logo, necessariamente, recorrendo à força física ou a outras soluções “caseiras”, para a sua concretização. Ao não utilizarem os recursos necessários, os cuidadores familiares poderão pôr em causa a qualidade dos cuidados que prestam ao familiar dependente, como podem, também, sofrer acidentes que coloquem em risco a sua integridade física.

No que concerne à utilização dos serviços de apoio à ação dos cuidadores familiares, esta é uma realidade quase exclusiva do contexto *condição de dependência – familiar dependente*.

3.4.2.2. O contexto “cuidados de incentivo – cuidador familiar”

Ao contrário do agrupamento anterior, para a definição deste perfil, a variável mais relevante é o incentivo do cuidador familiar à pessoa dependente (“incentivo”). Segue-se a autoeficácia do cuidador familiar (“autoeficácia”) e, só depois, a dependência no autocuidado (“dependência”) e a condição de saúde do familiar dependente (“condição de saúde”) (figura 17). Pode, assim, inferir-se que os sujeitos e as condições se relacionam em razão das ações de incentivo do cuidador familiar e da respetiva autoeficácia no exercício do papel, o que esteve na origem da designação adotada para este agrupamento: *cuidados de incentivo – cuidador familiar*.

Input (Predictor) Importance
■ 1,0 ■ 0,8 ■ 0,6 ■ 0,4 ■ 0,2 ■ 0,0

Cluster	Label	Description	Size	Inputs					
1	Dependência - FD	condição de dependência - familiar dependente	40,8% (40)	Dependência 1,59	Incentivo 1,81	Condição de saúde 3,42	Autoeficácia 3,43	Intensidade 1,41	Tx util recursos 58,64
2	Incentivo - CF	cuidados de incentivo - cuidador familiar	59,2% (58)	Incentivo 2,73	Autoeficácia 3,92	Dependência 2,92	Condição de saúde 1,14	Intensidade 1,28	Tx util recursos 59,83

Figura 17. Variáveis dos agrupamentos *condição de dependência – familiar dependente* e *cuidados de incentivo – cuidador familiar*

Na comparação entre os dois agrupamentos, constata-se que o contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar* apresenta um valor médio mais elevado ao nível das variáveis “dependência” (2,92), “incentivo” (2,73) e “autoeficácia” (3,92) e mais baixo em relação à variável “condição de saúde” (1,14). Inclui, por isso, as pessoas menos dependentes no autocuidado e com melhor estado de saúde, bem como, os prestadores de cuidados que incentivam mais os familiares dependentes e os que apresentam autoeficácia mais elevada. Logo, o contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar* é pautado em razão do protagonismo do cuidador familiar.

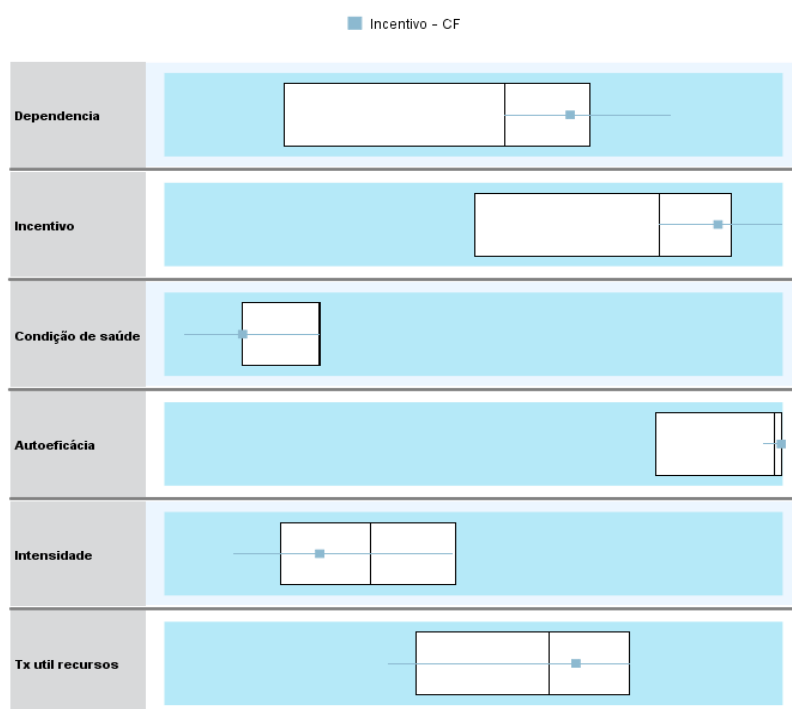


Figura 18. Comparação do agrupamento *cuidados de incentivo – cuidador familiar* com os resultados “globais”, por variável

Naturalmente, as variáveis relacionadas com o familiar dependente, ou seja, a “dependência” e a “condição de saúde”, em particular a primeira destas, continuam na génese da caracterização deste contexto. E, recorde-se, a dependência no autocuidado não é uma condição estática. Como antes se referiu, varia e nessa variação vai

desencadear oscilações na realidade envolvente que acabarão, elas próprias, por provocar mudanças ao nível da condição original da dependência.

Sem pessoas dependentes no autocuidado não se justificariam, nem a ajuda de equipamentos, menos ainda, a atuação dos cuidadores familiares. Em qualquer caso, neste contexto, a realidade familiar não sofreu uma intervenção tão profunda como no contexto *condição de dependência – familiar dependente*: as pessoas têm algum nível de dependência no autocuidado, mas estão ainda capazes de agir por si; a situação de saúde não sendo boa, mantém-se satisfatória; com a ajuda de equipamentos, e com algum estímulo por parte do cuidador familiar, satisfazem o seu autocuidado; os cuidadores familiares mantêm uma autoeficácia elevada. A nova realidade, decorrente do fenómeno da dependência no autocuidado, transforma mas não transfigura a anterior relação entre os dois membros da família (pessoa dependente e cuidador familiar) pelo que os traços identitários tendem a perdurar, favorecendo a condição de ambos.

Cuidados de incentivo

A frequência das ações de estímulo e de encorajamento, por parte do cuidador familiar, para que a pessoa dependente realize o seu autocuidado assume, no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, uma importância iniludível. Um valor médio da variável “incentivo” de 2,73, com valores da mediana de 2,79 e do quartil 75 de 2,83 (numa escala em que 3 seria o valor máximo possível) são bem demonstrativos da importância que as práticas de promoção da autonomia assumem entre os cuidadores familiares deste contexto (tabela 7 e figura 17 e gráfico da figura 18). Também no gráfico da figura 19, é possível observar que, neste contexto, são inexistentes os cuidadores que não incentivem, ou incentivem pouco, os respetivos familiares, ao contrário do que acontece com os que incentivam muito, presentes em elevado número. Também por força desta marcada distribuição em torno dos valores mais altos da variável “incentivo”, esta é a mais importante na definição do perfil do agrupamento *cuidados de incentivo – cuidador familiar*.

Acontece que no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, as pessoas dependentes no autocuidado estão menos dependentes e, como antes se referiu, com melhor condição de saúde. Assim, porque os familiares dependentes mantêm alguma capacidade para realizarem o seu autocuidado, os cuidadores familiares acabam por exercer o respetivo papel de uma forma mais proactiva, não limitando a sua intervenção a ações de substituição do familiar, antes insistindo, junto deste, em ações de incentivo para a realização do respetivo autocuidado. Como a

autoeficácia é também mais elevada, este modo de concretizar o exercício do papel, assente no estímulo ao familiar dependente, revela-se mais satisfatório para o cuidador familiar. Nestas circunstâncias, em que o familiar está menos dependente no autocuidado e em que emerge um modelo de prestação de cuidado no qual predominam as práticas de incentivo e os níveis altos de autoeficácia do cuidador familiar, a interação entre ambos parece ser um fator crítico para a identidade deste contexto.

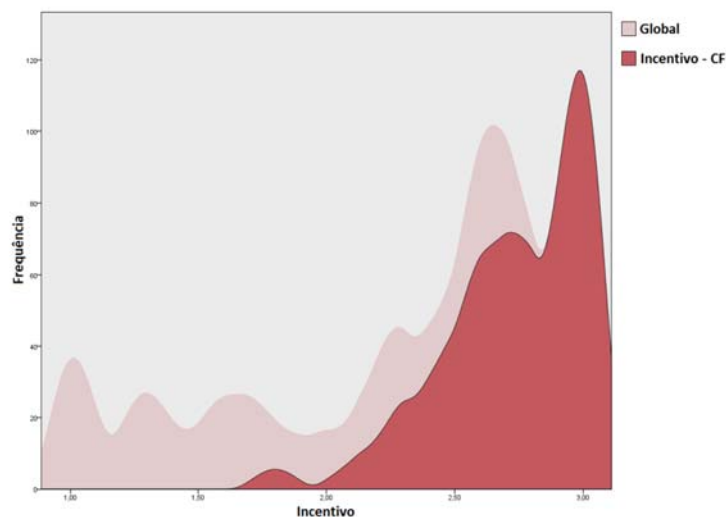


Figura 19. Distribuição do “incentivo” no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*

A existência de interação, em particular a comunicacional, permite manter a relação em níveis mais próximos do habitual. De facto, a capacidade de comunicar da pessoa dependente permite, não só, a compreensão do respetivo pensamento (nomeadamente a manifestação de necessidades, desejos e vontades), como o *feedback* da ação desenvolvida pelo cuidador. Se esta compreensão é relevante em quaisquer circunstâncias, quando a ação cuidativa é assegurada por não profissionais, torna-se determinante para a continuidade e o sucesso da relação de cuidados.

Autoeficácia do cuidador familiar

A autoeficácia dos cuidadores familiares na prestação de cuidados apresenta, no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, um valor particularmente elevado (“autoeficácia” média de 3,92), muito próximo do valor máximo possível (4) (figura 17). Note-se, porém, que a mediana assume esse valor 4 (tabela 7 e gráfico da figura 18). Esta concentração dos cuidadores familiares, no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, em torno dos níveis mais elevados da autoeficácia, é bem visível no gráfico da figura 20. Neste enquadramento, a autoeficácia do cuidador familiar é, na definição do contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, a variável mais determinante logo a seguir à “incentivo”.

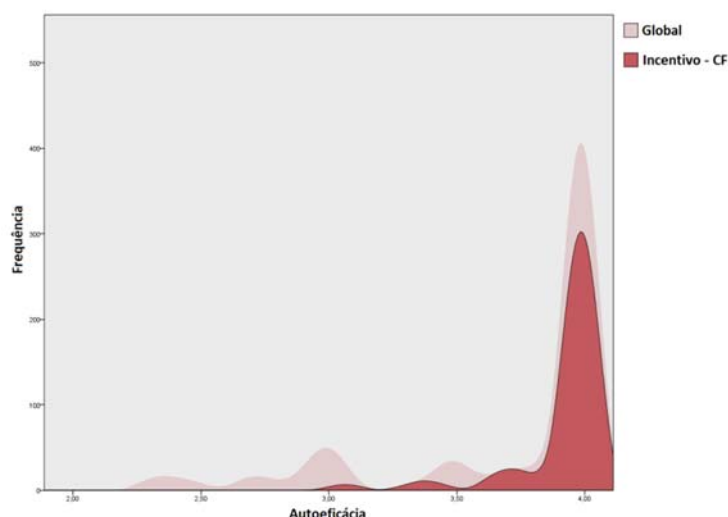


Figura 20. Distribuição da “autoeficácia” no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*

Um cuidador que experimenta dificuldades no entendimento com o familiar dependente tende a ficar mais inseguro em relação aos cuidados que presta e aos benefícios que decorrem dos mesmos, pondo em causa as suas capacidades para o exercício do papel. Pelo contrário, a capacidade de interação, associada a uma condição de saúde razoável e a um nível de dependência no autocuidado que se acredita ser estável ou até reversível, leva o cuidador familiar a admitir, e até a criar, futuros imaginados que servem de guias motivadores para o comportamento atual e futuro. Este suplemento motivacional funciona, assim, como um fator dinamizador da relação de cuidados capaz de tornar o cuidador familiar mais interventivo e de promover a respetiva autoeficácia.

Dependência no autocuidado

No contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, o nível médio da dependência no autocuidado (“dependência” – 2,92, numa escala em que 4 representa a independência no autocuidado) traduz uma condição em que o familiar dependente, não só não está circunscrito a um espaço, como está capaz de realizar, com alguma ajuda, o autocuidado (figura 17). No gráfico da figura 18 e na tabela 7, os valores do quartil 25 (2,60) e do quartil 75 (3,37) indicam que, no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, grande parte dos familiares dependentes apresenta um nível baixo de dependência no autocuidado, ou seja, como se mostra no gráfico da figura 21, que se concentra nas proximidades dos valores mais altos da escala de dependência. Mesmo assim, e ao contrário da importância que tem neste contexto, a dependência no autocuidado é apenas a terceira variável mais importante na definição do perfil deste agrupamento.

Como antes se referiu, existe uma associação significativa entre os contextos “dependência-cuidados-na-família” e a dependência para: “levantar-se” ou “posicionar-se” ou “transferir-se” (“dependentes-acamados”), sendo que no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar* a maioria das pessoas (81%) não está “acamada”.

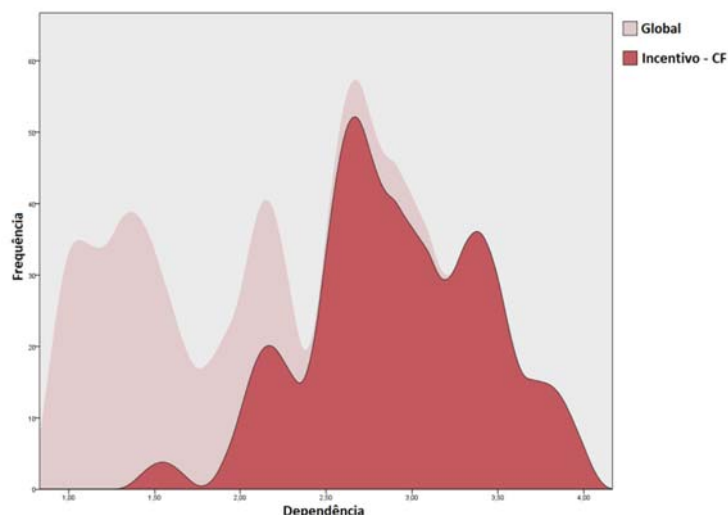


Figura 21. Distribuição da “dependência” no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*

Deste modo, o cuidador familiar pode, ele próprio, constituir-se como um fator que, não só retarda o processo de degradação fisiológica, como, paralelamente, adia o aumento do nível de dependência no autocuidado. Esta conjugação acaba por funcionar como um fator, promotor da saúde ou, pelo menos, capaz de manter alguma qualidade de vida do familiar dependente no autocuidado.

Condição de saúde do familiar dependente no autocuidado

No contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, de facto, a situação de saúde das pessoas dependentes é notoriamente melhor (“condição de saúde” média de 1,14) (figura 17) do que acontece no contexto *condição de dependência – familiar dependente* (“condição de saúde” média de 3,42, numa escala que varia entre 0 e 8 e em que este representa a pior condição de saúde). Também os valores do quartil 25 (0,27) e do quartil 75 (2,00) desta variável (tabela 7 e gráfico da figura 18) demonstram que, no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, os familiares dependentes no autocuidado se concentram em torno dos valores que traduzem uma condição de saúde menos alterada, não existindo casos em que o estado de saúde seja mau ou muito mau. Qualquer uma destas realidades pode ser observada no gráfico da figura 22.

Nas associações significativas identificadas entre os contextos “dependência-cuidados-na-família” e algumas das variáveis que caracterizam a condição de saúde, invariavelmente, a

maioria dos familiares dependentes no autocuidado que integram o contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar* situa-se nos grupos que traduzem melhor estado de saúde.

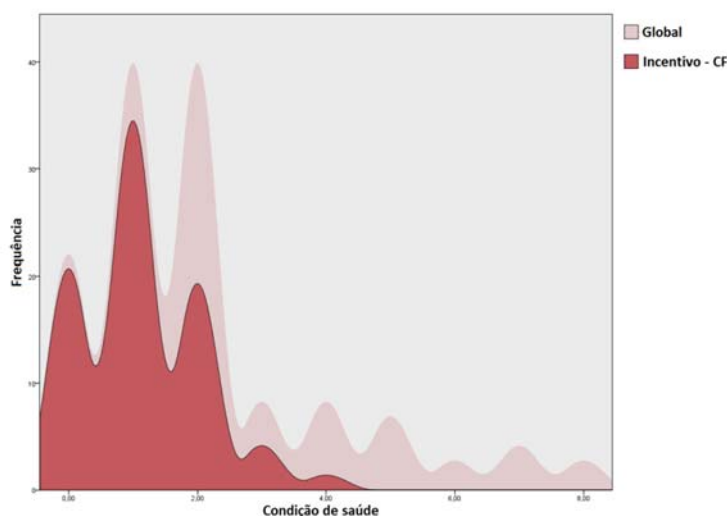


Figura 22. Distribuição da “condição de saúde” no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*

Como antes se mencionou, regista-se uma associação significativa ($\chi^2 (1)=30,302, p<0,001$) entre os contextos “dependência-cuidados-na-família” e a presença ou não de sinais de alteração do estado mental, sendo que no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, a maioria dos familiares dependentes (78,6%) não apresenta sinais dessa alteração. Esta realidade traduz uma condição de saúde favorável, com clara influência no baixo nível de dependência registado nas diferentes ações de autocuidado. A conservação do estado mental do familiar dependente contribui para a manutenção da respetiva autonomia e para a preservação da relação com os outros, facilitando a satisfação das necessidades de autocuidado.

Mas, para além da condição mental, também se constata que os familiares dependentes que integram o contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar* tendem a não apresentar alterações ao nível articular, o que também facilita a realização do autocuidado. Com efeito, no que concerne à presença ou não de sinais aparentes de rigidez articular verifica-se uma associação significativa ($\chi^2 (1)=9,865, p=0,002$) desta variável com os contextos “dependência-cuidados-na-família”, sendo que no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar* a maioria (54,2%) não apresenta sinais aparentes de rigidez articular .

Com igual tendência, nas associações significativas dos contextos “dependência-cuidados-na-família” com a presença ou não de sinais aparentes de desidratação ou de desnutrição, quer a maioria dos familiares dependentes que não apresentam sinais aparentes de desidratação

(66,7%), quer a maioria dos que não apresentam sinais aparentes de desnutrição (58,7%), integram o contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*.

De igual modo, nas associações significativas dos contextos “dependência-cuidados-na-família” com a presença ou não de sinais aparentes de compromisso da integridade da pele, a maioria dos familiares dependentes que não apresentam sinais aparentes de compromisso da integridade da pele (68,0%) integra o contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*.

Os aspetos relacionados com a higiene e o arranjo pessoal não constituem exceções. Na realidade, nas associações significativas dos contextos “dependência-cuidados-na-família” com a presença ou não de condições deficientes de higiene e asseio ou de vestuário, quer a maioria dos que não apresentam condição de higiene e asseio deficiente (62,7%), quer a maioria dos que não apresentam sinais de condição de vestuário deficiente (65,6%), integram o contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*.

Para além da estreita relação com a dependência no autocuidado, já antes referida, a condição de saúde da pessoa dependente guarda, como se constatou, relação com a atuação do cuidador familiar. Cuidadores familiares com maior autoeficácia, mais estimuladores, mais incentivadores, mais capazes de instigar o familiar dependente a ter um papel ativo no respetivo autocuidado, constituem-se como um contributo positivo para a saúde do seu familiar.

Em paralelo, pode admitir-se que uma melhor situação de saúde do familiar dependente funcione como um reforço positivo para o exercício do papel de cuidador de que resulta uma autoeficácia mais elevada.

Intensidade dos cuidados

A variável “intensidade” apresenta, no ambiente *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, um valor médio de 1,28 (figura 17) e um valor da mediana de 1,25 (numa escala que varia entre 1 e 2), ou seja, ambos ligeiramente inferiores aos que se verificam no contexto *condição de dependência – familiar dependente* (tabela 7 e gráfico da figura 8). Tal como antes se referiu, esta variável tem pouca importância na definição do perfil do contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*.

Como se pode constatar no gráfico da figura 23, os cuidadores familiares distribuem-se, basicamente, pelos valores mais baixos da variável “intensidade”, o que significa que, neste contexto, realizam menos cuidados de substituição da pessoa dependente, na realização do autocuidado.

Esta situação vai de encontro ao que seria expectável para uma conjuntura pautada por um menor nível de dependência no autocuidado, ou seja, em que o cuidador familiar assume um papel menos interventivo, fazendo pela pessoa dependente o que esta, em princípio, não está capaz de realizar. Recorde-se que esta variável “intensidade” reflete a frequência com que é realizado um conjunto de cuidados mais direccionados para “fazer pelo outro”, ou seja, em que, tendencialmente, o familiar dependente intervém de forma mais passiva na realização do respetivo autocuidado, cabendo o papel mais ativo ao cuidador familiar.

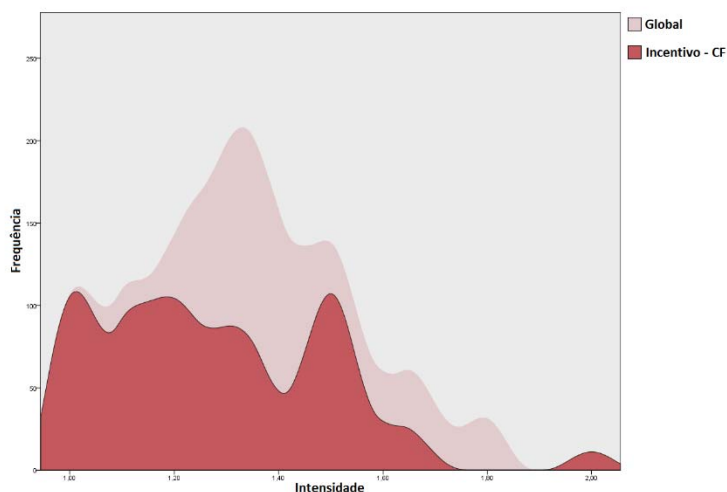


Figura 23. Distribuição da “intensidade” no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*

Como antes se referiu, identificaram-se algumas associações significativas entre os contextos “dependência-cuidados-na-família” e variáveis que traduzem cuidados de substituição que o cuidador familiar assegura ao familiar dependente para a satisfação das necessidades de autocuidado deste. Em todos estes casos, entre os cuidadores familiares que realizam os cuidados com menor frequência, invariavelmente, a maioria integra o contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*. De facto, integram este contexto, 73,3% dos cuidadores familiares que se encontram entre aqueles que menos vezes por mês arranjam as unhas. Incluem-se, também, neste contexto, 58,5% dos que menos vezes por dia inspecionam a pele do períneo. Entre os cuidadores familiares que menos vezes por semana aplicam cremes hidratantes, 74,2% integram o contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*. Também entre os que menos vezes por semana procedem à limpeza dos ouvidos, a maioria (58,3%) integra este mesmo contexto.

A realização de menos cuidados de substituição da pessoa dependente, no contexto *condição de dependência – familiar dependente*, poderá estar relacionada com o menor nível de dependência no autocuidado e a melhor condição de saúde do familiar

dependente, já que se trata de duas condições que, quando presentes simultaneamente, requerem *de per si* uma significativa quantidade de cuidados.

Utilização dos recursos necessários

Tanto a “intensidade” como a “taxa de utilização dos recursos” são, pela proximidade entre os seus pontos médios (centroídes), pouco determinantes na identidade de qualquer um dos agrupamentos (figura 17). Sem embargo, importa realçar que no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, o valor médio da “taxa de utilização dos recursos” é de 59,83 e a mediana assume o valor de 66,56 (tabela 7 e gráfico da figura 18). Estes valores são, em ambos os casos, mais elevados do que os registados no contexto *condição de dependência – familiar dependente*, ou seja, apesar de no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar* o nível de dependência ser menor, a utilização dos recursos e dos equipamentos tidos por necessários é maior. Como se constata no gráfico da figura 24, se os poucos casos de taxas muito baixas de utilização dos recursos necessários se registam no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, é também neste contexto que se encontra a generalidade das famílias que apresentam taxas de utilização dos recursos necessários muito altas, ou seja, as famílias que utilizam na prestação de cuidados os recursos/equipamentos de que carecem.

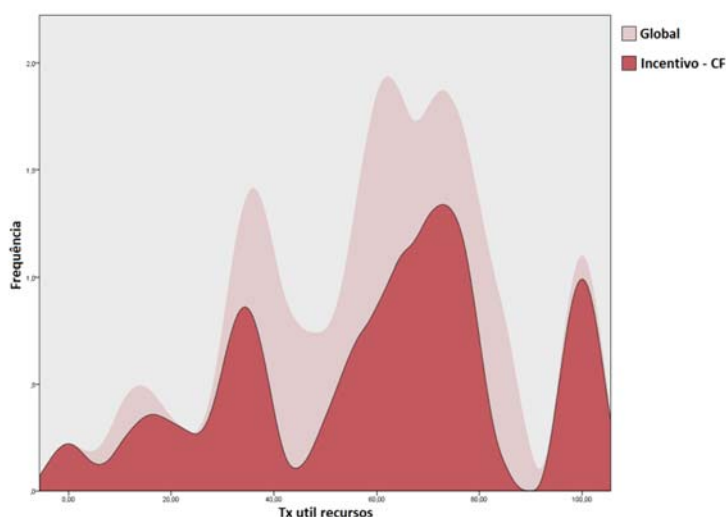


Figura 24. Distribuição da “taxa de utilização dos recursos” no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*

O facto de no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, o nível de dependência no autocuidado ser menor, aliado à constatação de que a taxa global de utilização dos recursos necessários é maior, reforça a ideia de que neste contexto, os recursos e os equipamentos servem sobretudo as pessoas dependentes e não tanto o cuidador familiar.

Na realidade, no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, a condição de dependência no autocuidado é, geralmente, determinada pela necessidade de recorrer a um dado equipamento para a realização/manutenção, por si, do autocuidado.

De salientar, ainda, que na avaliação da utilização dos restantes recursos e dos diferentes serviços, as associações significativas desses recursos/serviços com os contextos “dependência-cuidados-na-família” estão sempre relacionadas com taxas mais baixas de utilização no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*.

Na verdade, integram o contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar* 63,0% das famílias que não utilizam o recurso: acompanhamento do dependente em casa (associação significativa ($\chi^2 (1)=7,840$, $p=0,009$), com a correção de *Fisher's Exact Test*, entre os contextos “dependência-cuidados-na-família” e a utilização deste recurso). Incluem-se também neste contexto 70,7% das famílias que não utilizam o recurso: cuidados de higiene e conforto (associação significativa ($\chi^2 (1)=26,388$, $p<0,001$) entre os contextos “dependência-cuidados-na-família” e a utilização do referido recurso). No que se refere à utilização do recurso: cabeleireiro, manicura e esteticista, 65,8% das famílias que não o utilizam integram o contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar* (associação significativa ($\chi^2 (1)=6,437$, $p=0,011$) entre este recurso e os contextos “dependência-cuidados-na-família”).

Quando se analisa a situação relativa a serviços e a profissionais da saúde, a situação não difere substancialmente. No contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, a maioria das famílias (61,4%) não utiliza o recurso: 112 INEM (associação significativa ($\chi^2 (1)=7,855$, $p=0,005$) entre os contextos “dependência-cuidados-na-família” e a utilização do referido recurso), nem (69,0%) utiliza o recurso: enfermeiro (associação significativa ($\chi^2 (1)=11,039$, $p=0,001$) entre os contextos referidos e a utilização deste recurso).

3.4.3. Modelos de comportamento das variáveis principais

Do modelo resultante da análise de *clusters* decorre, não só o distinto valor preditivo de cada uma das variáveis na construção desse modelo, como a diferente importância que cada uma delas assume dentro do respetivo contexto (agrupamento) “dependência-cuidados-na-família”.

Importa, agora, evoluir para a definição de modelos estatísticos que, nos contextos “dependência-cuidados-na-família”, permitam prever o comportamento das principais variáveis. Para o efeito, recorreu-se a estudos da regressão.

Para a definição do melhor modelo, tomaram-se como *alvo*, uma a uma, as quatro variáveis que apresentaram maior valor preditivo na construção do modelo *TwoStep*. Deste modo, desconsideraram-se as variáveis “intensidade” e “taxa de utilização dos recursos” (ambas com importância inferior a 0,2).

Em cada uma das quatro análises efetuadas, foram consideradas como *inputs* (variáveis independentes) todas as restantes cinco variáveis. Na análise individual de cada variável *alvo*, a seleção das restantes variáveis consideradas no modelo final foi realizada, automaticamente, com base no método de regressão *forward stepwise* (von Storch & Zwiers, 2003). Este processo, que permite selecionar progressivamente os preditores com base na variância explicada, termina quando, após a inclusão de um novo preditor, o diferencial dessa variância já não se revela estatisticamente significativo. Deste modo, os modelos resultantes das quatro análises realizadas não incluem um número homogêneo de preditores.

3.4.3.1. A dependência no autocuidado

O modelo linear preditivo que tem por *alvo* a variável “dependência” e como *inputs* as restantes cinco variáveis centrais do estudo, tem uma precisão (R^2 ajustado) de 0,467, o que se poderá considerar aceitável, e um AICc de -135,785. Com base nas opções tomadas, e já antes referidas (nomeadamente, o nível de confiança, o método de seleção e os critérios de admissão e rejeição), nas operações de definição do modelo que se seguiram, foi excluída a variável autoeficácia do cuidador familiar, pelo que o modelo final apenas usa quatro variáveis como preditores.

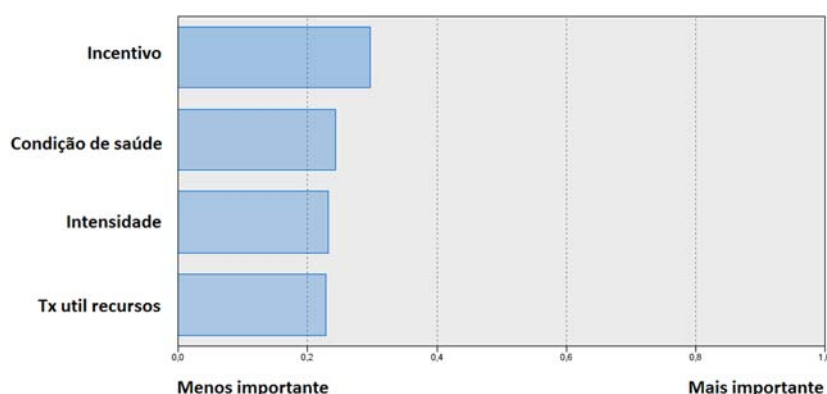


Figura 25. Importância dos preditores do nível de dependência no autocuidado do familiar dependente

Das variáveis consideradas (figura 25), a que abrange às ações de incentivo por parte do cuidador familiar é claramente a que tem maior importância como preditor (“incentivo” – 0,30) do nível de dependência no autocuidado do familiar dependente. Seguem-se, com menos importância, a condição de saúde da pessoa de dependente (“condição de saúde” – 0,24), a frequência com que

o cuidador familiar presta cuidados de substituição da pessoa dependente, na realização do autocuidado (“intensidade” – 0,23) e a taxa global de utilização dos equipamentos considerados necessários à realização do autocuidado (“taxa de utilização dos recursos” – 0,23).

Estes resultados confirmam a grande centralidade das duas variáveis com maior valor preditivo na definição dos agrupamentos na análise *TwoStep clusters*, uma referente à pessoa dependente e a outra ao cuidador familiar.

O modelo apresenta um valor médio da “dependência” de 2,67, com desvio padrão de 0,89 (n=161). Este valor que, como não poderia deixar de ser, está em linha com os resultados já antes apresentados, evidencia que, em termos médios, as pessoas dependentes não podem dispensar a ajuda de outras pessoas para a realização do seu autocuidado.

Source	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Importance
Corrected Model ▼	60,381	4	15,095	36,261	,000	
Incentivo_transformed	23,111	1	23,111	55,515	,000	0,297
CondSaude_transformed	6,902	1	6,902	16,578	,000	0,243
Intensidade_transformed	3,543	1	3,543	8,510	,004	0,231
TaxaUtilizRecNecess_transformed	2,765	1	2,765	6,641	,011	0,229
Residual	64,943	156	0,416			
Corrected Total	125,324	160				

Figura 26. Modelo global do nível de dependência no autocuidado

Conforme se verifica no quadro da figura 26, para a definição do modelo global há diferenças significativas ao nível da dependência no autocuidado em função das variáveis usadas na construção do modelo, $F(4)=36,26$, $p<0,001$. De notar que, também individualmente, todos os preditores são significativos ($p<0,001$ para o “incentivo” e a “condição de saúde”, $p=0,004$ para a “intensidade” e $p=0,011$ para a “taxa de utilização dos recursos”).

A tabela de estimativa de parâmetros (figura 27) mostra os coeficientes de relação entre os diferentes preditores e a “dependência”. Quer a interceção das diferentes variáveis ($p<0,001$), quer cada uma delas individualmente, apresentam coeficientes significativos ($p<0,05$).

Model Term	Coefficient ▼	Std.Error	t	Sig.	95% Confidence Interval		Importance
					Lower	Upper	
Intercept	1,902	0,475	4,006	,000	0,964	2,840	
Incentivo_transformed	0,765	0,103	7,451	,000	0,562	0,968	0,297
CondSaude_transformed	-0,149	0,037	-4,072	,000	-0,222	-0,077	0,243
Intensidade_transformed	-0,820	0,281	-2,917	,004	-1,375	-0,265	0,231
TaxaUtilizRecNecess_transformed	0,005	0,002	2,577	,011	0,001	0,009	0,229

Figura 27. Coeficientes de relação entre os preditores e a “dependência”

Na relação de cada um dos parâmetros com o modelo de dependência, há dois coeficientes positivos: o “incentivo” (0,77) e a “taxa de utilização dos recursos” (0,005); e, dois negativos: a “condição de saúde” (-0,15) e a “intensidade” (-0,82).

Constata-se, assim, no gráfico da figura 28, que o nível de dependência no autocuidado diminui conforme a frequência das ações de estímulo e de encorajamento, por parte do cuidador familiar, para que a pessoa dependente realize o seu autocuidado e a taxa de utilização dos recursos necessários aumentam. Este resultado coloca em relevo o papel determinante das medidas de promoção da autonomia na realização do autocuidado. As ações do cuidador familiar que passam pelo aproveitamento das capacidades e das potencialidades do familiar dependente para que, tanto quanto lhe seja possível, satisfaça o seu próprio autocuidado, apesar de não serem especialmente frequentes, são o contributo mais efetivo para que os níveis de dependência possam regredir ou, pelo menos, estabilizar. De igual modo, a utilização dos equipamentos necessários à realização do autocuidado favorece a diminuição do nível de dependência. Na verdade, a insistência na utilização de alguns equipamentos pode, ao evitar (ou adiar) recorrer à ajuda de outras pessoas para a satisfação das necessidades num dado domínio do autocuidado, impedir o agravamento do nível de dependência. Acontece que em algumas situações, como por exemplo na utilização da bengala, os efeitos benéficos na manutenção de alguma autonomia funcional não se restringem ao autocuidado “andar”, estendendo-se a outros como, por exemplo, “usar o sanitário”. Neste caso, a insistência na utilização do equipamento para “andar” pode mesmo significar não ultrapassar a fronteira que separa a preservação de alguma autonomia na realização do autocuidado, da dependência total de outras pessoas.

Por outro lado, como se verifica na mesma figura 28, o nível de dependência no autocuidado é mais elevado quando a condição de saúde é pior e quando é maior a frequência com que o cuidador familiar presta cuidados de substituição da pessoa dependente, na realização do autocuidado. A deterioração da situação de saúde (nos parâmetros avaliados) implicará um aumento do nível de dependência. De facto, a dependência não surge *de per si* mas, antes, como consequência de alguma degradação do estado de saúde. No que se refere ao aumento do nível de dependência no autocuidado e ao correlativo aumento da “intensidade”, importa ter presente que aquele determina necessariamente um aumento das tarefas realizadas pelo cuidador familiar, em particular, daquelas em que tem de substituir o familiar dependente na realização do respetivo autocuidado.

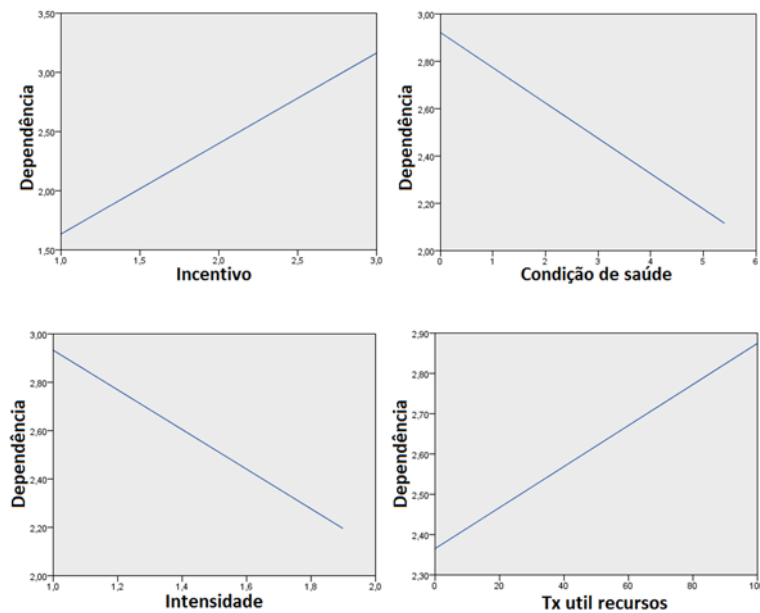


Figura 28. Estimativa do nível de dependência no autocuidado do familiar dependente face à variação dos cuidados de incentivo, da condição de saúde, da intensidade de cuidados e da taxa de utilização dos recursos necessários

Deste modo, parecem revelar-se bem mais úteis à pessoa dependente, aqueles cuidadores familiares que a “pressionam” a cuidar de si mesma em vez de fazerem por ela, ou seja, aqueles cuidadores familiares que se dispõem a investir mais em tempo do que em força física. Este modo de atuar poderá, neste particular, não ser do especial agrado do familiar dependente mas, seguramente, não deixará de ser mais efetivo para a redução/manutenção do nível de dependência no autocuidado.

3.4.3.2. A condição de saúde do familiar dependente no autocuidado

Quando se toma como *alvo* para a definição do modelo linear preditivo a variável “condição de saúde” e como *inputs* as restantes cinco variáveis centrais do estudo, o modelo apresenta uma precisão (R^2 ajustado) fraca de 0,379 e um AICc de 103,524.

Nas operações de definição do modelo, antes referidas, foram automaticamente excluídas três variáveis (o “incentivo”, a “intensidade” e a “taxa de utilização dos recursos”) já que enfraqueciam a precisão dos resultados. Por esta razão, o modelo final utiliza apenas duas variáveis como preditores.

Das variáveis consideradas (figura 29), a autoeficácia do cuidador familiar tem, ligeiramente, mais importância como preditor (“autoeficácia” – 0,52) do que o nível de dependência no autocuidado do respetivo familiar (“dependência” – 0,48).

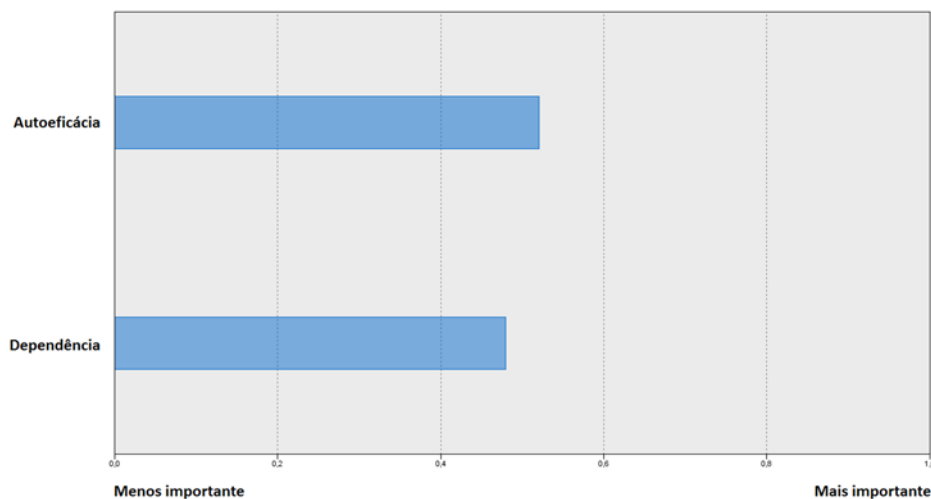


Figura 29. Importância dos preditores da condição de saúde do familiar dependente

Neste modelo, a “condição de saúde” apresenta um valor médio de 1,78, com desvio padrão de 1,73 (n=163). Numa escala em que oito representa a pior condição de saúde avaliável, este valor médio, mesmo considerando o valor do desvio padrão, poderá, numa perspetiva clínica, parecer surpreendentemente pouco elevado.

Porém, deverá recordar-se que a “condição de saúde” avaliava aspetos não necessariamente relacionados com quadros patológicos mas com parâmetros relevantes num enquadramento de saúde mais abrangente (incluía aspetos como a limpeza e o aprumo da roupa que trazia vestida), o que, seguramente, concorreu para este valor médio.

No quadro da figura 30, constata-se que na construção do modelo global há diferenças significativas ao nível da “condição de saúde” em função das variáveis usadas nessa construção, $F(2)=50,33$, $p<0,001$. Registe-se ainda que, individualmente, os dois preditores que constituem o modelo são significativos ($p<0,001$).

Source	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Importance
Corrected Model ▼	186,372	2	93,186	50,332	,000	
Autoeficácia_transformed	85,332	1	85,332	46,090	,000	0,520
Dependencia_transformed	55,565	1	55,565	30,012	,000	0,480
Residual	296,229	160	1,851			
Corrected Total	482,601	162				

Figura 30. Modelo global da condição de saúde do familiar dependente

No quadro da figura 31, apresentam-se os coeficientes de relação entre as diferentes variáveis e a “condição de saúde”. Quer a interceção das diferentes variáveis, quer cada uma delas individualmente, apresentam coeficientes muito significativos ($p<0,001$).

Model Term	Coefficient ▼	Std.Error	t	Sig.	95% Confidence Interval		Importance
					Lower	Upper	
Intercept	11,321	1,107	10,223	,000	9,134	13,508	
Autoeficácia_transformed	-2,067	0,304	-6,789	,000	-2,668	-1,465	0,520
Dependencia_transformed	-0,687	0,125	-5,478	,000	-0,935	-0,439	0,480

Figura 31. Coeficientes de relação entre os preditores e a “condição de saúde”

Na relação de cada uma das variáveis com o modelo de condição de saúde, dois coeficientes apresentam valores negativos: na relação com a “autoeficácia” (-2,07) e com a “dependência” (-0,69). Estes resultados significam que a situação de saúde da pessoa dependente melhora quando a autoeficácia do cuidador familiar aumenta e quando diminui o nível de dependência no autocuidado. Estes resultados mostram que a autoeficácia do cuidador familiar influencia o estado de saúde da pessoa dependente, melhorando-o (figura 32). Este resultado está em linha com o entendimento de que a autoeficácia é um preditor do comportamento. Cuidadores familiares com níveis de autoeficácia mais elevados tenderão a prestar melhores cuidados, o que acabará por contribuir para a melhoria do estado de saúde da pessoa dependente.

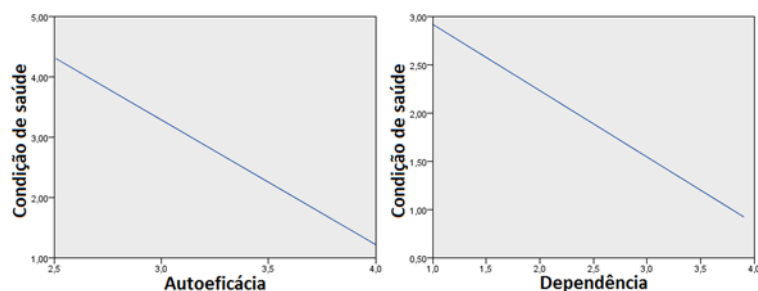


Figura 32. Estimativa da condição de saúde do familiar dependente face à variação do nível de autoeficácia e do nível de dependência.

Quanto às implicações da diminuição do nível de dependência na melhoria do estado de saúde da pessoa dependente (figura 32), importa recordar que estas duas variáveis surgem intimamente associadas, repercutindo-se numa delas as alterações que ocorrem na outra. A diminuição do nível de dependência torna o membro da família, não só mais participativo no seu autocuidado, como mais ativo. Este aumento da atividade, ao contrariar os efeitos nefastos da imobilidade, contribui para um melhor funcionamento geral do organismo e, conseqüentemente, para um melhor estado de saúde.

Por seu turno, o agravamento do nível de dependência no autocuidado deteriora o estado de saúde, não só pelas razões inversas à da situação anterior, mas também porque com o agravamento do nível de dependência pode instalar-se, no cuidador familiar, uma atitude de alguma resignação que, por sua vez, poderá determinar algum desinvestimento na intervenção junto do cuidador familiar, com a inerente deterioração da situação de saúde.

3.4.3.3. *Cuidados de incentivo*

No caso de se tomar como *alvo*, para a definição do modelo linear preditivo, a variável “incentivo” e como *inputs* as restantes cinco variáveis centrais do estudo, o modelo resultante regista uma precisão (R^2 ajustado) razoável de 0,570 e um AICc de -201,246. Nas operações de definição do modelo, a que antes se fez referência, foram excluídas três variáveis (a “autoeficácia”, a “condição de saúde” e a “taxa de utilização dos recursos”), pelo que o modelo final apenas usa duas variáveis como preditores.

Das variáveis consideradas (figura 33), a dependência no autocuidado do familiar tem maior importância, como preditor (“dependência” – 0,69), do que a frequência com que o cuidador familiar presta cuidados de substituição da pessoa dependente (“intensidade” – 0,31).

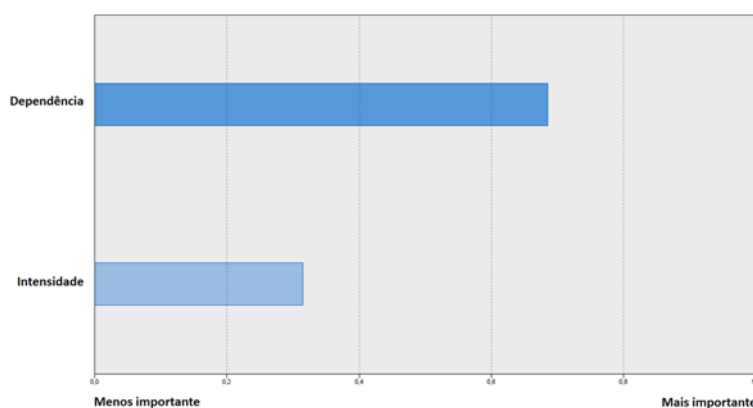


Figura 33. Importância dos preditores das ações de incentivo do cuidador familiar

Este resultado evidencia, mais uma vez, não só a centralidade do nível de dependência no autocuidado da pessoa dependente nas práticas de incentivo do cuidador familiar, como o menor peso das ações da substituição da pessoa dependente, naquelas práticas.

No modelo resultante desta análise, o “incentivo” apresenta um valor médio de 2,36, com desvio padrão de 0,64 ($n=117$). Este valor médio, relativamente próximo do valor máximo possível (3), põe em evidência, o peso que as ações de estímulo à pessoa dependente têm na atuação do cuidador familiar.

Source	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Importance
Corrected Model ▼	27,122	2	13,561	77,817	,000	
Dependencia_transformed	26,282	1	26,282	150,814	,000	0,685
Intensidade_transformed	1,080	1	1,080	6,197	,014	0,315
Residual	19,866	114	0,174			
Corrected Total	46,988	116				

Figura 34. Modelo global das ações de incentivo do cuidador familiar

No quadro da figura 34, verifica-se que há diferenças significativas ao nível da “condição de saúde” em função das variáveis usadas na construção do modelo global, $F(2)=77,82$, $p<0,001$. Note-se que, da mesma forma, os dois preditores individuais que integram o modelo são significativos ($p<0,001$ para a “dependência” e $p=0,014$ para a “intensidade”).

Model Term	Coefficient ▼	Std.Error	t	Sig.	95% Confidence Interval		Importance
					Lower	Upper	
Intercept	0,245	0,329	0,745	,458	-0,407	0,897	
Dependencia_transformed	0,605	0,049	12,281	,000	0,507	0,703	0,685
Intensidade_transformed	0,495	0,199	2,489	,014	0,101	0,889	0,315

Figura 35. Coeficientes de relação entre os preditores e o “incentivo”

No quadro da figura 35, apresentam-se os coeficientes de relação entre os dois preditores significativos e a variável “incentivo”. Apesar de a interceção das diferentes variáveis não ser considerada significativa ($p>0,05$), individualmente, cada um dos preditores apresenta coeficientes muito significativos ($p=0,014$ e $p<0,001$, respetivamente, para a “intensidade” e para a “dependência”).

Na relação de cada um dos parâmetros com o modelo de “incentivo”, os dois coeficientes apresentam valores positivos, a “dependência” com 0,61 e a “intensidade” com 0,50 (figura 35). Estes resultados significam que os cuidadores familiares aumentam a frequência dos cuidados de incentivo ao familiar dependente quando o nível de dependência no autocuidado deste diminui e quando aumenta a frequência com que o cuidador familiar presta cuidados de substituição da pessoa dependente, na realização do autocuidado (figura 36).

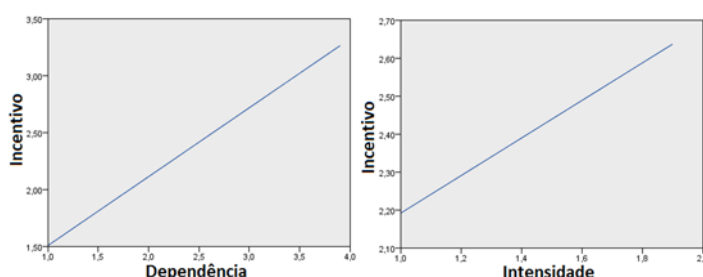


Figura 36. Estimativa dos cuidados de incentivo do cuidador familiar face à variação do nível de dependência no autocuidado do familiar dependente e da intensidade de cuidados

A relação do nível de dependência do familiar dependente com as ações de incentivo, por parte do cuidador familiar, para que o familiar dependente realize o autocuidado, já foi antes analisada. No que concerne ao aumento das ações de incentivo em razão do aumento da frequência com que o cuidador familiar presta cuidados de substituição da pessoa dependente, este achado pode causar alguma estranheza. Com efeito, poder-se-ia esperar que o aumento de um tipo de ação

pudesse guardar relação com a redução do outro. Por exemplo, que o cuidador familiar aumentasse os cuidados de incentivo quando o nível de dependência no autocuidado e a condição de saúde do familiar dependente fossem mais favoráveis, ou seja, nas situações que, em regra, exigem menos cuidados de substituição. Como a realidade se apresenta de forma distinta, não pode ser excluída a possibilidade de o modelo de atuação dos cuidadores familiares ser mais determinado por características dos próprios, do que pela condição do familiar dependente. A ser assim, cuidadores mais interventivos tenderiam, pura e simplesmente, a aumentar a frequência dos cuidados, enquanto outros mais passivos adotariam comportamentos opostos, independentemente da condição da pessoa dependente.

3.4.3.4. *Autoeficácia do cuidador familiar*

Quando se toma como *alvo* para a definição do modelo linear preditivo a variável “autoeficácia” e como *inputs* as restantes cinco variáveis centrais do estudo, o modelo regista uma precisão (R^2 ajustado) fraca de 0,307 e um AICc de -214,039. Nas operações de definição do modelo a que antes se fez referência, com exceção da “condição de saúde”, todas as restantes variáveis foram excluídas (a “dependência”, o “incentivo”, a “intensidade” e a “taxa de utilização dos recursos”) pelo que o modelo final usa apenas aquela variável como preditor.

Nesta situação, em que a “condição de saúde” é o único preditor, a “autoeficácia” apresenta um valor médio de 3,73, com desvio padrão de 0,45 ($n=111$), ou seja, um nível muito elevado de autoeficácia do cuidador familiar.

Source	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Importance
Corrected Model ▼	7,086	1	7,086	49,663	,000	
CondSaude_transformed	7,086	1	7,086	49,663	,000	1,000
Residual	15,552	109	0,143			
Corrected Total	22,638	110				

Figura 37. Modelo global da autoeficácia do cuidador familiar

No quadro da figura 37, comprova-se a existência de uma diferença significativa ($F(1)=49,66$, $p<0,001$), como nestas circunstâncias não poderia deixar de ser, ao nível do modelo global e da “autoeficácia”.

Model Term	Coefficient ▼	Std.Error	t	Sig.	95% Confidence Interval		Importance
					Lower	Upper	
Intercept	4,015	0,054	74,017	,000	3,907	4,122	
CondSaude_transformed	-0,159	0,023	-7,047	,000	-0,203	-0,114	1,000

Figura 38. Coeficiente de relação entre o preditor e a “autoeficácia”

No quadro da figura 38 apresentam-se os coeficientes de relação entre a “condição de saúde” da pessoa dependente e a “autoeficácia” do cuidador familiar. Tanto a primeira interceção, como a autoeficácia apresentam coeficientes muito significativos ($p < 0,001$).

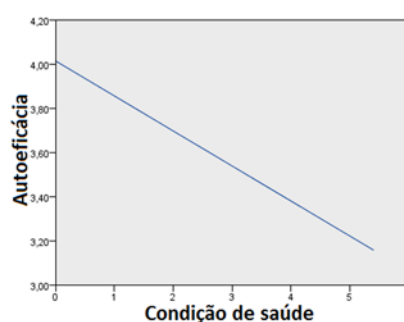


Figura 39. Estimativa do nível de autoeficácia do cuidador familiar face à alteração da condição de saúde do familiar dependente

Na mesma tabela, constata-se que na relação entre o preditor (“condição de saúde”) e o modelo de autoeficácia, o coeficiente apresenta um valor negativo (-0,16), o que significa que a autoeficácia do cuidador familiar aumenta quando melhora a condição de saúde da pessoa dependente (figura 39), num modelo de relação já antes analisado.

3.4.4. Síntese

Cada uma das seis diferentes variáveis que compõem o modelo, para além do distinto valor preditivo na sua definição, comporta-se de modo distinto consoante o contexto (agrupamento) “dependência-cuidados-na-família” em que se inscreve.

O nível de dependência no autocuidado dos familiares dependentes é mais elevado no contexto *condição de dependência – familiar dependente*. Já os cuidados de incentivo dos cuidadores familiares às pessoas dependentes são mais usuais no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*. É pior a condição de saúde das pessoas dependentes no contexto *condição de dependência – familiar dependente*. A autoeficácia dos cuidadores familiares é elevada nos dois contextos, porém mais alta no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*. A frequência com que o cuidador familiar presta cuidados de substituição da pessoa dependente, na realização do autocuidado, é ligeiramente maior no contexto *condição de dependência – familiar*

dependente. A utilização dos recursos considerados necessários é mais frequente no contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*.

O contexto *condição de dependência – familiar dependente* tem a sua marca distintiva na dependência do autocuidado. Este contexto abrange os membros da família com elevado nível de dependência e com pior condição de saúde. Com diferenças estatisticamente significativas, integram também este contexto: 79% das pessoas dependentes que mostram sinais de alteração do estado mental; 80% das que apresentam sinais aparentes de rigidez articular; 89% das que têm sinais aparentes de desidratação; 86% das que evidenciam sinais aparentes de desnutrição; 71% das que apresentam sinais aparentes de compromisso da integridade da pele; 80% das que exibem condição de higiene e de asseio deficientes; 83% das que apresentam condição de vestuário deficiente. O agrupamento *condição de dependência – familiar dependente* inclui os cuidadores familiares que, na prestação de cuidados, realizam com maior frequência as ações em que substituem o familiar dependente e investem menos no incentivo para que o próprio participe ativamente no autocuidado. Com diferenças estatisticamente significativas, integram este contexto: 67% dos cuidadores familiares que mais vezes arranjam as unhas; 81% dos que com maior frequência procedem à inspeção da pele do períneo; 77% dos que aplicam com maior frequência cremes hidratantes; 68% dos que procedem com maior regularidade à limpeza dos ouvidos.

Os cuidadores familiares que integram o agrupamento *condição de dependência – familiar dependente* apresentam um menor nível de autoeficácia no exercício do papel.

Em relação à utilização dos recursos e dos equipamentos considerados necessários à realização do autocuidado, esta é, ainda que muito ligeiramente, menor no agrupamento *condição de dependência – familiar dependente*. Apesar disso, há alguns exemplos de utilização, com diferenças estatisticamente significativas, que integram este contexto *condição de dependência – familiar dependente*: a totalidade das famílias que utiliza o serviço “acompanhamento do dependente em casa ou cuidados de higiene e conforto”; 67% das que procuram os serviços de “cabeleireiro, manicura e esteticista”; 68% das que solicitam o 112/INEM; 65% das que recorrem ao enfermeiro.

Já o contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar* adquire a sua identidade a partir dos cuidados de incentivo realizados pelo cuidador familiar. Este contexto integra, não só os cuidadores familiares que mais incentivam as pessoas dependentes mas, também, aqueles que realizam com menos frequência cuidados de substituição. Com diferenças estatisticamente significativas, integram este contexto: 73% dos cuidadores familiares que menos vezes arranjam as unhas; 59% dos que com menor frequência procedem à inspeção da pele do períneo; 74% dos que aplicam com menor frequência cremes hidratantes; 58% dos que procedem com menos regularidade à limpeza dos ouvidos.

Integram, ainda, o agrupamento *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, os cuidadores familiares que apresentam maior nível de autoeficácia no exercício do respectivo papel.

Este agrupamento abrange também os familiares com menor nível de dependência no autocuidado e com melhor condição de saúde. Com diferenças estatisticamente significativas, integram este contexto: 79% das pessoas dependentes que não mostram sinais de alteração do estado mental; 54% das que não apresentam sinais aparentes de rigidez articular; 67% das que não têm sinais aparentes de desidratação; 59% das que não apresentam sinais aparentes de desnutrição; 68% das que não apresentam sinais aparentes de compromisso da integridade da pele; 63% das que não exibem uma condição de higiene e de asseio deficiente; 66% das que não apresentam condição de vestuário deficiente.

A utilização de equipamentos e de recursos necessários apresenta uma taxa ligeiramente mais elevada do que a que se regista no contexto *condição de dependência – familiar dependente*. Apesar disso, em alguns exemplos com diferenças estatisticamente significativas, integram o contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar*: 63% das famílias que não utilizam o serviço “acompanhamento do dependente em casa”; 71% das que não recorrem aos serviços de “cuidados de higiene e conforto”; 66% das que não utilizam os serviços de “cabeleireiro, manicura e esteticista”; 61% das que não solicitam o 112/INEM; 69% das que não recorrem ao enfermeiro.

Os modelos estatísticos que foram construídos com base em estudos da regressão permitem prever os seguintes comportamentos das principais variáveis:

- O nível de dependência no autocuidado diminui com o aumento da frequência das ações de estímulo e de encorajamento, por parte do cuidador familiar e com o aumento da taxa de utilização dos recursos necessários;
- O nível de dependência no autocuidado aumenta quando a condição de saúde é pior e quando é maior a frequência com que o cuidador familiar presta cuidados de substituição da pessoa dependente, na realização do autocuidado;
- A condição de saúde da pessoa dependente melhora quando o respetivo nível de dependência é menor e quando aumenta a autoeficácia do cuidador familiar;
- Os cuidadores familiares aumentam a frequência dos cuidados de incentivo quando diminui o nível de dependência no autocuidado e quando aumentam os cuidados de substituição da pessoa dependente;
- A autoeficácia dos cuidadores familiares aumenta quando melhora a condição de saúde da pessoa dependente.

CONCLUSÕES

As famílias clássicas que integram pessoas dependentes no autocuidado

As pessoas dependentes no autocuidado integradas na família

O cuidador familiar nas famílias que integram dependentes no autocuidado

Equipamentos e recursos que se constituem como suporte ao autocuidado

A institucionalização de parentes dependentes no autocuidado

*O cuidador familiar, os cuidados, os equipamentos e os recursos –
comparação entre Lisboa e o Porto*

Os contextos “dependência-cuidados-na-família”

Limitações do estudo

Implicações para a profissão, a disciplina e a investigação

4. CONCLUSÕES

A prestação de cuidados a um familiar dependente no seio da própria família revelou-se uma realidade complexa, multidimensional e dinâmica. Complexa, porque engloba um vasto entrelaçado de elementos e de relações em que o fator humano está omnipresente e com ele a incerteza que caracteriza as suas atitudes e comportamentos. Multidimensional, porque nela coexistem, para além das dimensões individual e familiar, outras, que também a influenciam decisivamente, como sejam as políticas públicas e as práticas assistências, os recursos profissionais e os equipamentos colocados à disposição ou, mesmo, as redes informais de apoio. Dinâmica, porque, guardando estreita relação com o contexto envolvente, é fortemente influenciada: pelas transformações que se operam nos meios social, cultural e político, como a transição demográfica (*e.g.* envelhecimento populacional); pela mudança estrutural da família; ou, até, pelos efeitos de uma “crise” que aumenta os desempregados, reduz os rendimentos disponíveis das famílias, corta nos subsídios de apoio social e racionaliza (por vezes, racionaliza) o acesso aos serviços de saúde.

As famílias clássicas que integram pessoas dependentes no autocuidado

A prevalência de famílias clássicas

O estudo revela que, no concelho do Porto, uma em cada dez famílias clássicas integra, pelo menos, um familiar dependente no autocuidado. Este é um achado que, não podendo ser apoucado em termos absolutos, é de difícil avaliação relativa. Ou seja, será sempre ousado formular qualquer juízo que tenha como condição a existência de dados anteriores (*e.g.* “elevado” ou “mais alto do que”), já que são escassos, ou inexistentes, os dados de natureza epidemiológica capazes de suportar análises comparativas.

Não obstante esta reserva, é possível estimar (com base nos resultados do Censos 2011) que, só no concelho do Porto, existam 10 496 famílias que integrem pessoas dependentes no autocuidado. Só por si, este número traduz a dimensão de uma realidade que, afetando a família no seu todo, envolve diretamente, pelo menos, cerca de 21 000 dos seus membros (entre pessoas dependentes e cuidadores familiares), a que se juntam, cerca de, 10 000 membros da família com outros papéis e estatutos. Neste quadro, independente de quaisquer juízos comparativos, é

forçoso reconhecer que a quantidade de famílias e de membros dessas famílias que está envolvida é suficientemente elevada para merecer uma atenção particular.

Famílias pouco invulgares

Estas famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado, ao contrário do que se poderia admitir, não se constituem, face à generalidade das famílias que residem no concelho do Porto, como casos verdadeiramente típicos. Pelo contrário, são várias as similitudes encontradas. A dimensão média e a estrutura nuclear são dois destes exemplos. Na verdade, com cerca de três membros por família e com raros casos de famílias com dois ou mais núcleos, não se diferenciam das famílias residentes em geral. Também a precariedade económica, que afeta parte importante da amostra, é igualmente comum entre as famílias em geral. Se entre as famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado, cerca de 6% vive com € 250,00 *per capita*/mês, na população em geral 4% dos indivíduos (com mais de quinze anos) vive do Rendimento social de inserção.

Os alojamentos das famílias que integram membros dependentes no autocuidado têm muitas características comuns às dos alojamentos residenciais em geral. Em ambos os casos, é elevada a percentagem dos edifícios que necessitam de reparações (cerca de 45%); como é semelhantes o número de divisões por residente (entre duas e três) ou a área útil (frequentemente superior a 40 m²/por ocupante).

Porém, se em relação a estes aspetos são evidentes as similitudes – não parecendo, por isso, que se possam constituir como determinantes para a manutenção no domicílio dos familiares dependentes no autocuidado –, em alguns outros registam-se particularidades que poderão estar associadas à realidade que a família que integra pessoas dependentes no autocuidado vive.

Apesar de as famílias apresentarem dimensões médias semelhantes, entre as que integram pessoas dependentes no autocuidado é menor a proporção de famílias unipessoais (cerca de metade da registada na população em geral) e maior a de famílias numerosas (quase três vezes mais). O número de famílias com apenas uma pessoa, conquanto seja praticamente metade do valor registado na população em geral, parecerá sempre excessivo, já que seria expectável que estas pessoas dependentes no autocuidado não residissem sozinhas. Estas ocorrências poderão traduzir situações “benignas”, por exemplo relacionadas com casos de pessoas dependentes de equipamentos (mas não de outras pessoas), que optam por viver sozinhas. Poderão, até, guardar relação com situações em que o cuidador familiar não reside no mesmo alojamento (podendo, neste caso, um parente, uma empregada ou até um vizinho ter um papel mais interventivo). Mas, é também possível que o cuidador familiar pura e simplesmente não exista, o que, em boa

verdade, admite outros cenários explicativos – estes particularmente preocupantes – como fenómenos de abandono e/ou isolamento.

Ao contrário do que se verifica em relação às famílias unipessoais, a integração de pessoas dependentes no autocuidado seria, em princípio, uma realidade característica das famílias numerosas. Acontece que, como a instituição família está a mudar – também no concelho do Porto –, nomeadamente em relação à respetiva dimensão (tendem a aumentar as famílias de menor dimensão e a diminuir as de maior dimensão), a manutenção no domicílio dos familiares dependentes no autocuidado está longe de constituir uma realidade exclusiva das famílias numerosas. Com efeito, cerca de 85% das famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado não têm mais de quatro membros.

Como antes se referiu, na maior parte das vezes, são famílias “vulgares”, que vivem em condições similares às da população em geral do concelho do Porto, as que integram no seu seio familiares dependentes no autocuidado. Porém, ao contrário do que esta constatação pode fazer supor, esta integração está muito longe de constituir um acontecimento neutro por que a família passe incólume. Pelo contrário, frequentemente, exige profundas alterações no funcionamento da família, nomeadamente por força do aumento da grande carga de trabalho dos seus membros, da necessidade de mais recursos económicos ou das transformações no alojamento a que obriga. Logo, se as condições são similares quando deveriam ser diferentes, parece legítimo admitir que a decisão de manter o familiar no domicílio possa não ter sido racionalmente avaliada (equacionaram-se as condições necessárias? levantaram-se os recursos disponíveis? ponderaram-se as consequências?) e, em consequência disso, nem o familiar dependente no autocuidado disponha das condições necessárias ao seu estado de saúde, nem o cuidador familiar veja reunidas as condições capazes de lhe garantirem um adequado desempenho do papel. Assim sendo, mantém-se em aberto a questão das verdadeiras motivações para a decisão de manter na família as pessoas dependentes no autocuidado.

As famílias com pessoas “dependentes-acamadas”

Para além das idiossincrasias inerentes a cada uma das famílias, também as diferentes condições de dependência no autocuidado do familiar, indubitavelmente, condicionam e alteram a realidade familiar. Com efeito, o fenómeno da dependência no autocuidado não é vivido por todas as famílias da mesma maneira. Se entre os familiares dependentes no autocuidado, há casos em que estes “apenas” carecem de ajudas pontuais para a realização de uma ou outra atividade, como “alimentar-se”, há outros em que, para sobreviver, estão totalmente dependentes da ajuda de outra pessoa. Estes últimos casos limite que, por viverem circunscritos ao espaço do leito, se

denominaram “dependentes-acamados”, representam mais de 34% das famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado. O que quer dizer que uma em cada três famílias com pessoas dependentes no autocuidado tem, no seu seio, um familiar “dependente-acamado”. Estar nesta condição significa que a pessoa está globalmente dependente para a generalidade das atividades de autocuidado, não conseguindo realizar, sem a ajuda de outra pessoa, atividades de autocuidado tão básicas como “virar-se”. Mas, significa também que algumas das demais atividades, como por exemplo “andar”, deixaram de ser realizadas, já que nem com a ajuda de outra pessoa podem ser levadas a cabo. Tratando-se de uma condição que, não só é altamente limitativa para a pessoa dependente, como muitíssimo exigente para o cuidador familiar, a prevalência estimada de mais de 3500 famílias, no concelho do Porto, é motivo de alerta e de preocupação. Este é um verdadeiro e sério problema de saúde.

A concentricidade na distribuição das famílias com pessoas com dependência

Ainda no que concerne à prevalência de famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado, o estudo demonstrou que nem o fenómeno da dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas, nem o caso particular das famílias que integram “dependentes-acamados”, apresentam prevalências homogêneas nas diferentes freguesias do concelho do Porto. Trata-se de uma realidade de distribuição desigual, porém com um padrão geográfico de implantação, que se poderá considerar concêntrico. De facto, é nas freguesias mais antigas, e centrais, do burgo (logo do concelho) que estas taxas de prevalência tendem a ser mais elevadas. À medida que se caminha para a periferia do concelho, as taxas tendem a diminuir, sendo notoriamente mais baixas na zona litoral marítima.

Juntando algumas freguesias contíguas, é possível, no caso das famílias que integram pessoas dependentes, identificar quatro zonas geográficas que traduzem esta realidade de redução progressiva da taxa de prevalência à medida que o alojamento familiar se afasta do centro: o “Porto antigo” (onde se registam as taxas mais elevadas); o Porto central; o Porto envolvente; e, o Porto atlântico (que apresenta as taxas mais baixas). Também em relação às famílias que integram “dependentes-acamados”, a concentricidade da prevalência destes casos não se altera significativamente. Em razão do menor número de casos, as quatro zonas fundiram-se duas a duas de acordo com a sua proximidade: a “baixa do Porto” (que inclui as freguesias do “Porto antigo” e do “Porto central”) e o Porto circundante (que integra as freguesias do “Porto envolvente” e do “Porto atlântico”). Nestas duas zonas mantem-se a mesma tendência de gradação da prevalência: maior no centro, menor na periferia.

Esta situação, que terá a sua origem em razões históricas associadas ao crescimento, predominantemente concêntrico, da cidade do Porto, reflete uma realidade preocupante: são as famílias mais envelhecidas – as que residem em alojamentos mais degradados e as mais pobres – que mais tendem a manter, na família, os seus membros que estão dependentes no autocuidado. De facto, como uma análise dos resultados dos últimos Censos facilmente demonstra, as famílias clássicas no concelho do Porto têm vindo a sofrer, nas últimas décadas, profundas alterações. Se algumas destas acompanham a tendência geral do país (*e.g.* redução da dimensão ou o envelhecimento dos seus membros), outras decorrem de uma condição particular: a de se tratar um concelho territorialmente coincidente com uma grande e antiga cidade. Por força da explosão demográfica de há algumas décadas atrás e da implantação progressiva de serviços no centro urbano, a cidade expandiu-se, primeiro, para a sua periferia e, depois, para além das suas fronteiras, acabando por constituir-se como o núcleo a partir do qual se desenvolveu uma grande metrópole (o denominado grande Porto). Desta situação, resultou, também no Porto, uma tendência para a desertificação do centro da cidade e para a degradação do parque habitacional, ao mesmo tempo que parte importante das famílias, sobretudo as mais jovens, se afastou para diferentes periferias e aí se instalou em novos polos residenciais. É no centro, onde se mantiveram “apenas” aqueles que os interesses imobiliários não conseguiram desalojar ou que teimaram em ficar por não terem condições para partir, ou seja os mais velhos e os mais pobres, que a prevalência de famílias com membros dependentes é mais elevada. Fora do centro, entre as diferentes periferias, é nas que integram as populações menos idosas e com estatuto socioeconómico mais favorecido (como as que se situam mais perto da orla marítima) que os valores de prevalência de famílias que integram familiares dependentes e “dependentes-acamados” são mais baixos.

Não obstante não se poder menorizar o peso que as pessoas mais velhas têm nas famílias que residem nas zonas mais centrais (a dependência no autocuidado atinge sobretudo os mais velhos), a situação encontrada nas periferias mais favorecidas alimenta a convicção de que pode existir uma relação entre as condições socioeconómicas e habitacionais das famílias e a permanência dos membros dependentes no respetivo domicílio. Na realidade, com a melhoria daquelas condições tende a diminuir o número de famílias que opta por manter no seu seio os familiares dependentes no autocuidado. Parece, assim, poder admitir-se que as famílias com melhores condições socioeconómicas, ou seja, as que, no momento da decisão, dispõem de mais opções, fazem outras escolhas, por exemplo a institucionalização do familiar dependente no autocuidado. A ser assim, a manutenção dos familiares dependentes no seio da família – sobretudo para aquelas que dispõem de menos recursos económicos – poderia, mais do que

constituir uma verdadeira escolha, revelar-se a única solução possível, face à inexistência de outras opções viáveis. Esta possibilidade, a confirmar-se, constitui uma circunstância que reforça o peso das questões socioeconómicas no momento em que a família, com membros dependentes no autocuidado, se coloca perante a alternativa: permanência no domicílio *versus* institucionalização.

Tendência para o futuro

Se, como antes se referiu, é arriscado qualquer exercício de comparação a partir dos resultados obtidos no presente estudo, já admitir que, no futuro, a permanência na família de pessoas dependentes no autocuidado tenderá a aumentar é uma previsão bem menos problemática.

Em primeira linha, o aumento seguro e muito significativo do número de idosos determinará, necessariamente, o crescimento do número de pessoas dependentes. Mesmo que, por si só, este quadro não determinasse o aumento do número de famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado e ainda que se desvalorizassem as alterações no modelo de família (famílias cada vez menos numerosas), decerto que a vontade do familiar dependente e a pressão social pressentida pelos restantes membros da família tenderão a manter a permanência no domicílio como primeira opção.

A estes fatores junta-se a previsível degradação da situação económica e social das famílias e dos seus membros, em particular dos mais idosos. Assim, enquanto o desemprego aumenta a disponibilidade de mão-de-obra familiar, a redução dos recursos económicos disponíveis exige poupanças, aumentando, também por este lado, a pressão para que o familiar dependente permaneça na família. Não obstante, é admissível que, a prolongarem-se as atuais condições socioeconómicas, muitas famílias resgatem aos lares residenciais onde atualmente estão institucionalizados, alguns familiares dependentes no autocuidado. É crível que o façam, ora porque dispõem agora de condições que antes não tinham, ora porque num gesto de puro pragmatismo, em alguns casos, a pensão de reforma do familiar institucionalizado (que agora reverte em grande parte para a instituição de acolhimento) pode constituir um reforço para o parco orçamento familiar.

As pessoas dependentes no autocuidado integradas na família

Atributos da pessoa dependente no autocuidado

As pessoas dependentes no autocuidado integradas na respetiva família, independentemente daquela condição, apresentam um conjunto de características que as tornam numa realidade muito particular entre a população residente no Porto. São pessoas idosas, muito idosas mesmo;

apenas uma em cada dez tem menos de 65 anos e mais de metade tem 80 ou mais anos. Predominantemente, são mulheres; apenas uma pessoa em cada quatro é do sexo masculino. Mais de metade tem a viuvez como estado civil. Cerca de nove em cada dez pessoas dependentes no autocuidado não têm qualquer ocupação profissional, nem têm mais do que o primeiro ciclo do ensino básico, sendo que 40% não têm qualquer escolaridade. Tendo presente que cada uma destas categorias traduz comumente uma situação de desfavorecimento ou de desvantagem, a conjugação de todas elas no conjunto de familiares dependentes no autocuidado transforma estas pessoas num grupo de enorme vulnerabilidade e de grande exposição ao risco, quer ao nível sociofamiliar, quer da saúde individual.

A instalação da dependência no autocuidado

Apesar de a instalação dos quadros de dependência no autocuidado apresentar ritmos distintos, é notório o predomínio dos processos de instalação gradual (cerca de 70% dos casos). Numa realidade em que mais de metade das pessoas dependentes tem, como antes se salientou, mais de 80 anos, o fenómeno do envelhecimento e das patologias que lhe são características (em particular as doenças crónicas) estão na base e são consistentes com a instalação gradual da dependência. Podem ser várias as patologias que estão na origem dos quadros de dependência no autocuidado, mas também serão muitos os quadros clínicos difusos em que as doenças crónicas e o envelhecimento interagem sem que verdadeiramente se possa atribuir a dependência a uma causa específica. Este achado é concordante com a generalidade da literatura técnica que aponta – relacionando-as – as doenças crónicas e o envelhecimento como as situações que mais concorrem para a dependência ao nível do autocuidado.

O nível de dependência no autocuidado

Não só o processo de instalação da dependência no autocuidado se processa a ritmos diferentes, como, depois de esta estar instalada, são distintos os níveis de dependência com que a pessoa, num dado momento, se apresenta.

No momento em que foi realizada a avaliação das pessoas que integravam a amostra, identificaram-se situações tão diferentes que não seria despropositado afirmar que cada caso de dependência no autocuidado é um caso único e irrepetível. Para esta conjugação individual e quase única, muito contribui a multiplicidade de variáveis em equação (desde a causa da dependência, aos recursos disponíveis, passando, necessariamente, pelos domínios do autocuidado comprometidos).

No estudo, os domínios do autocuidado que comumente estão comprometidos são o “alimentar-se”, o “arranjar-se” ou o “tomar banho”. Em cada quatro pessoas dependentes, estes

autocuidados estão comprometidos em três delas. No polo oposto, em relação ao “posicionar-se”, ao “levantar-se” ou ao “transferir-se,” somente uma em cada quatro pessoas tem o autocuidado comprometido nestes domínios. Entre estes dois polos, ou seja, afetando, aproximadamente, uma em cada duas pessoas, situam-se os restantes domínios do autocuidado. Estes achados permitem, desde logo, concluir que nenhum dos domínios do autocuidado está sistematicamente comprometido em todas as pessoas dependentes, do mesmo modo que permitem concluir que não há um único domínio do autocuidado em que as pessoas possam estar a salvo de situações de dependência. Ainda assim, no que se refere ao compromisso na realização do autocuidado, são bem evidentes as diferenças entre os vários domínios, o que é demonstrativo da inconstância destes quadros de dependência. Em todo o caso, o aspeto mais interessante prende-se com a constatação de que essa volubilidade tende a diminuir à medida que, na mesma pessoa, vão estando envolvidos os domínios estatisticamente menos afetados, sendo praticamente nula quando está comprometido o autocuidado “posicionar-se”. Com efeito, nesta situação, regularmente, todos os demais domínios do autocuidado estão também comprometidos. Deste modo, poderá estimar-se que quase 25% das pessoas dependentes têm todos os domínios do autocuidado comprometidos, o que configura um quadro de grande intensidade de cuidados para os cuidadores familiares e de elevada exigência, quer para sociedade, em geral, quer para os serviços da saúde, em particular.

A partir dos resultados obtidos, foi ainda possível – e é desejável – tipificar alguns quadros de referência, com base nas situações encontradas. Numa escala de gradação, em que se considera que a dependência de equipamentos é menos indesejável do que a dependência de outras pessoas e em que os diferentes domínios do autocuidado, mesmo tendo uma valoração equivalente, se potenciam mutuamente, podem identificar-se, entre as pessoas dependentes no autocuidado, diferentes condições-tipo de dependência, com distintas necessidades em cuidados, logo com abordagens diferenciadas, quer por parte do cuidador familiar, quer dos enfermeiros e demais profissionais da saúde. De facto, a utilização de uma bengala para o apoio à marcha traduz uma condição substancialmente diferente da necessidade de outra pessoa para a realização de tarefas tão básicas como “virar-se”. Neste quadro, relevam três condições-tipo de dependência no autocuidado, identificadas no estudo:

- A dependência de equipamentos para a realização do autocuidado em que é dispensável a ajuda de pessoas. Estes casos são, no estudo, em menor número do que à partida se poderia supor. Por um lado, algumas das pessoas que, sem verem comprometida a liberdade de ação, vão integrando no seu quotidiano um ou outro equipamento para a ajuda no autocuidado

(*e.g.* “tomar banho”), tendem a desvalorizar este facto, o que faz com que estes casos passem frequentemente despercebidos. Por outro lado, quando a necessidade de equipamentos para a realização do autocuidado está mais presente (*e.g.* “andar”), há uma forte tendência para os membros da família ajudarem a pessoa dependente nesse e em outros domínios do autocuidado, mesmo que ela não careça dessa ajuda (seja por insistência dos primeiros ou a solicitação das pessoas dependentes). Os casos identificados, apesar de não constituírem o alvo principal do estudo (mais centrado nas situações em que a condição de dependência no autocuidado exige a intervenção de um cuidador familiar), assumem especial relevância. De facto, quando conjugados com o elevado número de pessoas dependentes que se constituem como famílias clássicas unipessoais, emerge a questão da existência de uma avaliação profissional das capacidades reais das pessoas que aliem estas duas condições e da suficiência dos equipamentos para a satisfação das respetivas necessidades de autocuidado.

- A dependência parcial de outras pessoas para a realização das atividades de autocuidado. A generalidade das pessoas dependentes enquadra-se nesta condição. Em razão da capacidade para a realização do autocuidado da pessoa dependente e do estilo que o cuidador familiar imprime à relação, o envolvimento deste pode oscilar entre ações de incentivo à participação da pessoa dependente no respetivo autocuidado, passando por pequenas ajudas em alguns domínios específicos (*e.g.* “alimentar-se”), até à substituição do familiar dependente em grande parte dos domínios do autocuidado. Estes casos constituem a maioria das situações de dependência no autocuidado e integram as pessoas dependentes que apresentam efetivo potencial para a promoção da autonomia. A ação do cuidador familiar é, mais do que em qualquer outra situação, determinante para a evolução, mais ou menos favorável, da condição de dependência. Se a ação adequada do cuidador familiar pode alterar o rumo habitual (agravamento) da condição de dependência, essa ação não se fica apenas pelos cuidados que realiza em substituição do familiar dependente mas estende-se ao que faz para que este realize, por si, o autocuidado. Esta condição é especialmente exigente para os enfermeiros, não só pela resposta às necessidades em cuidados da pessoa dependente, mas, de modo muito particular, pela importância da capacitação do cuidador familiar para o exercício do papel.
- A dependência de outras pessoas para a realização integral do autocuidado. Esta condição é um caso particular, e extremo, da dependência de pessoas para a realização do autocuidado, que se denominou “dependentes-acamados”. Constituindo, dentro das situações de dependência no autocuidado, um grupo não despidendo (cerca de um terço dos casos), tem sobretudo relevância pelo facto de, na grande maioria dos casos, se tratar de situações em que a dependência no autocuidado não tem retorno e em que a pessoa dependente requer do

respetivo cuidador familiar grande intensidade de cuidados. É uma condição de dependência no autocuidado que, para além de uma disponibilidade quase total, exige do cuidador familiar capacidade física para dar resposta às necessidades do familiar dependente e estofo psicológico para suportar o exercício do papel. As ações de suporte junto do cuidador familiar, bem como a avaliação e a manutenção da condição de saúde da pessoa dependente, serão, nestes casos, duas das principais vertentes da intervenção dos enfermeiros.

A condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado

A condição de saúde das pessoas dependentes foi avaliada através de diferentes parâmetros (alterações/défices) que, no seu conjunto, se constituem como um indicador da efetividade do respetivo autocuidado. Procurou-se, por esta via, um conhecimento mais transversal que não guardasse uma relação direta às diferentes patologias (apesar de não lhes ser indiferente). Esta avaliação deixou evidente que, pelo menos em relação aos aspetos do estado de saúde avaliados, a situação das pessoas dependentes apresenta deficiências. Note-se que, como qualquer um dos oito parâmetros avaliados traduz uma condição negativa no estado de saúde, mesmo nos casos em que esses valores são mais baixos, essa situação nunca poderá ser considerada favorável.

Para além desta avaliação global, também a apreciação comparativa dos resultados relativos a cada um daqueles parâmetros permite extrair algumas conclusões. Desde logo, a de que existem diferenças importantes em relação aos parâmetros avaliados no que concerne à percentagem de pessoas dependentes autocuidado afetadas.

A percentagem de pessoas dependentes oscila, para seis dos parâmetros avaliados (*e.g.* integridade da pele, desidratação e quedas), entre os 17% e os 31 %, tendo três casos extremos, dois inferiores a 10% (desnutrição e compromisso respiratório) e um superior a 60% (rigidez articular). Os parâmetros em que se registam menos alterações dizem respeito a aspetos da saúde relativos ao familiar dependente (*e.g.* estado nutricional) em que é maior a capacidade de intervenção dos cuidadores familiares. Pelo contrário, os parâmetros em que se verificam mais alterações estão relacionados com aspetos da saúde (*e.g.* mobilidade articular ou condição cognitiva) em que essa capacidade de intervenção do cuidador familiar é menor. As diferenças verificadas recordam que a não realização do autocuidado tende a degradar o estado de saúde. Com efeito, ao contrário do que acontece com a alimentação que ao ser regularmente fornecida evita situações de desnutrição, a dificuldade/impedimento de andar ou de se levantar conduzem a situações de rigidez articular.

É, ainda, importante salientar que nesta avaliação comparativa dos défices que as pessoas dependentes apresentam, é também notória uma hierarquia dos respetivos resultados. Para esta distribuição admite-se que possam ter contribuído, entre outros, três fatores principais:

- Os cuidadores familiares não têm iguais competências para lidarem de forma efetiva com todos os domínios do autocuidado;
- Os cuidadores familiares não dão a mesma atenção a todos os domínios do autocuidado; e,
- A condição de saúde dos familiares dependentes é condicionada pelo estado de saúde prévio e pela etapa do ciclo de vida em que se encontram.

Em relação às diferentes competências dos cuidadores familiares nos vários domínios do autocuidado, note-se que a realização das atividades de suplemento do autocuidado de uma pessoa dependente por outra pessoa diferente exige a estas competências que estão para além da experiência adquirida com a realização do seu próprio autocuidado. Por isso, para os cuidadores familiares, as dificuldades são maiores quando o défice no autocuidado está associado a alguma disfuncionalidade orgânica que exige uma resposta diferenciada e, menores, quando se trata de proceder a ligeiras adaptações com vista à “mera” manutenção do autocuidado.

Para o cuidador familiar será sempre muito mais problemático saber o que fazer perante o corpo do familiar que não anda, nem tampouco se levanta, ou até perante alterações comportamentais que este possa apresentar, do que perante um familiar que não consegue levar os alimentos à boca ou vestir-se sozinho. De facto, substituir alguém que não está capaz de alimentar-se poderá, usualmente, ser feito com conhecimentos e habilidades comuns. Porém, o mesmo já não acontece quando é necessário compensar os movimentos de uma pessoa que não consegue andar. Acresce que, neste último caso, as próprias consequências da não realização do autocuidado são, para além de menos conhecidas, mais insidiosas nas suas manifestações, o que pode contribuir para uma menor atenção a estes domínios do autocuidado. Esta situação repercutir-se-á na condição de saúde, afetando de modo diverso os diferentes parâmetros avaliados, com óbvio prejuízo dos que guardam mais relação com as áreas de menor competência do cuidador familiar. O facto de as alterações ao nível da mobilidade articular serem doze vezes superiores às que verificam ao nível do estado nutricional parece corroborar esta possibilidade. Em qualquer caso, este fator, por si só, dificilmente explica a existência de mais casos de quedas do que de compromisso de integridade da pele, quando a prevenção daquelas parece bem menos complexa do que a manutenção da integridade da pele.

Assim, coloca-se a possibilidade de os cuidadores familiares não darem a mesma atenção a todos os domínios do autocuidado. Para além de se poder admitir que os cuidadores familiares terão maior apetência para ações nos domínios do autocuidado em que se sentem mais eficazes, é crível que a representação social do que é um bom cuidador também possa influir na valoração que atribuem aos diferentes cuidados. É socialmente mais penalizante que o familiar dependente apresente sinais de desnutrição ou úlceras de pressão, do que a perda de capacidades cognitivas, rigidez articular ou até uma queda, estas muito mais habituais e passíveis de poderem ser justificadas pela idade.

Em relação às condicionantes decorrentes do estado de saúde anterior da pessoa dependente (a que já antes se fez referência), recorde-se, apenas, que parte importante das pessoas dependentes no autocuidado tem uma idade muito avançada. Deste modo, é expectável que, em particular entre estas pessoas dependentes, a prevalência de doenças pré-existentes, nomeadamente de doenças crónicas, seja elevada. Acresce, como lembra Paúl (2005), o facto de o envelhecimento, apesar de não se uma doença, predispor à doença pela redução da resistência. De forma consistente com esta realidade, este (grande) grupo de pessoas dependentes não deixará de tendencialmente apresentar pior condição saúde do que as restantes, contribuindo, assim, para as diferenças que se verificam.

O cuidador familiar nas famílias que integram dependentes no autocuidado

Atribuição do papel de cuidador familiar

Quando uma pessoa fica dependente na realização do seu autocuidado, a família e, dentro desta as mulheres, são o campo de recrutamento preferido, quer na escolha do cuidador principal, quer na seleção de outras pessoas de apoio à prestação de cuidados não profissionais. Em cada dez cuidadores familiares, oito são mulheres, e cinco têm baixa escolaridade (não mais do que quatro anos) o que demonstra que, apesar de todas as transformações por que tem passado a sociedade em termos de igualdade entre os sexos, mantêm-se, também nestes casos, velhos costumes assentes em desusadas assimetrias. A maior parte dos prestadores de cuidados é a filha(o) da pessoa dependente (41%), seguida do cônjuge (24%). Entre as demais pessoas que apoiam no cuidado à pessoa dependente, cerca de 70% pertencem à família, enquanto, fora das relações de parentesco, só as empregadas domésticas (15%) e os vizinhos (12%) têm alguma expressão. Estes resultados estão em linha com as afirmações de Petronilho (2007) que entende que o cuidador familiar tem um lugar privilegiado e de grande evidência nos cuidados aos familiares dependentes, no contexto do domicílio.

Atributos do cuidador familiar

Apesar do peso dos filhos como cuidadores familiares, o estudo deixa claro que estes só assumem este papel quando não existe cônjuge vivo ou, presume-se, quando este está totalmente incapaz para o exercício do papel. De facto, casar para ter quem, na velhice, cuide de si pode não ser uma aposta com grande probabilidade de êxito, porém, entre os casais que perduram, três cônjuges, em cada quatro casais, assumem-se como cuidadores familiares. Este dado adquire ainda mais notoriedade quando se constata que a percentagem de cuidadores familiares com mais de 65 anos de idade ronda os 30% – sem esquecer que, destes, um em cada três tem, inclusive, mais de 80 anos – o que leva a admitir que a generalidade dos cônjuges constituirá grande parte deste grupo de idosos. Será dura, mas a realidade demonstra que, frequentemente, são velhos dependentes a cuidar de outros velhos ainda mais dependentes no autocuidado. Os filhos, para além de naturalmente mais novos do que os pais dependentes, constituirão parte importante dos 65% dos cuidadores familiares que mantêm uma ocupação profissional e dos 20% que não residem no mesmo alojamento da pessoa dependente.

Cuidados assegurados pelo cuidador familiar

A relação que os cuidadores familiares estabelecem com os respetivos familiares dependentes funda-se nos cuidados que aqueles prestam em razão das necessidades de autocuidado que estes não conseguem realizar sem ajuda. Os cuidados prestados pelo cuidador familiar são, por isso, não só a marca da relação de cuidados, mas, sobretudo, um fator determinante na evolução da saúde individual da pessoa dependente, o que confirma a convicção de vários autores na respetiva importância para a pessoa dependente (Petronilho, 2007; Rodríguez-Sánchez e colaboradores, 2010).

Os achados do estudo demonstram que os cuidadores familiares, apesar de comprovadamente não se escusarem à prestação de cuidados (não faltam com as refeições, dão água entre estas, aplicam cremes hidratantes e chegam mesmo a lavar o cabelo mais vezes do que seria expectável), não asseguram, na globalidade, todos os cuidados de que a pessoa dependente carece. Pode afirmar-se que os cuidadores familiares garantem os cuidados básicos de sobrevivência às pessoas dependentes (estes não morrem nem de fome, nem de sede, conseguem ventilar e têm roupa para vestir). Não obstante, às vezes, têm algumas falhas nos cuidados que prestam, o que facilita o aparecimento de úlceras de pressão e a ocorrência de quedas, e compromete o aprumo e a higiene pessoal. Porém, a maioria das vezes, há também lacunas que são particularmente evidentes nos cuidados que requerem competências mais diferenciadas, como posicionar, transferir ou mobilizar a pessoa dependente. Por falta de conhecimentos ou de

habilidades, o comportamento que seria desejável não ocorre ou, se ocorre, não tem a eficácia necessária, ou seja, não produz o efeito esperado. Realidade que explica os 64% de pessoas dependentes no autocuidado que apresentam rigidez articular.

Com efeito, aparentemente, os cuidadores familiares envolvem-se ativa e empenhadamente na relação de cuidados. A assunção deste papel, para além de um ato de coragem, será uma manifestação de disponibilidade e um gesto de amor que não poderão ser ignorados, quer pelo que representam em si mesmos, quer pelos benefícios que dele podem decorrer para a pessoa dependente e para a família. Contudo, a preparação e a competência para o exercício do papel constituem fatores críticos para que se alcancem os resultados que a condição da pessoa dependente possibilita. Os cuidadores familiares, com as suas próprias limitações (físicas e cognitivas) e sem outros recursos pessoais que não sejam os que a experiência lhe forneceu, estão condicionados a fazerem o que sabem e podem, mas que se releva manifestamente insuficiente para responder às reais necessidades em cuidados de saúde do familiar dependente.

É neste ponto que os enfermeiros podem constituir um recurso marcante para os cuidadores familiares. Por um lado, desenvolvendo-lhes e aperfeiçoando-lhes competências. Por outro, fortalecendo-lhes os estilos de *coping* de modo a que alcancem um desempenho mais adequado às necessidades do familiar dependente e desenvolvam um controlo mais efetivo sobre as novas circunstâncias que lhes pautam o percurso de vida. E, prestando cuidados à pessoa dependente, sobretudo aqueles que exigem uma diferenciação técnica para a qual só os enfermeiros estão preparados e habilitados.

Autoeficácia do cuidador familiar relativa ao exercício do papel

A autoeficácia dos cuidadores familiares relativa ao exercício do respetivo papel é muito elevada. Em princípio, este seria um achado animador. Cuidadores familiares com níveis mais elevados de autoeficácia lidariam melhor com o estresse inerente ao exigente exercício do papel, permitindo-lhes canalizar a motivação e o esforço para o sucesso da sua ação. Por outro lado, sendo a autoeficácia um bom preditor de diversas formas de comportamento (Bandura, 1997), os cuidadores familiares com níveis mais elevados de autoeficácia no exercício do papel tenderiam, ao tomarem conta dos familiares dependentes, a ter níveis de competência também mais altos.

Acontece que a condição de saúde das pessoas dependentes contradiz, na prática, essa competência expectável. Aparentemente, os níveis tão elevados de autoeficácia decorrerão mais de uma tentativa dos cuidadores familiares responderem em consonância com a norma subjetiva, do que um resultado a valorar em si mesmo. Em qualquer caso, o valor da autoeficácia relativa

a cada um dos domínios do autocuidado, ou a cada uma das dimensões das competências para o exercício do papel de cuidador familiar, revelou-se particularmente útil para avaliar das diferenças relativas quer numa, quer na outra perspetiva.

No que concerne aos domínios do autocuidado, a autoeficácia é mais elevada no que antes se considerou serem os cuidados prementes (“alimentar-se”, “vestir-se” e “tomar banho”), mais facilmente realizáveis pelo cuidador familiar com base na própria experiência de autocuidado. Mas, por outro lado, se de alguma forma se estender o peso da norma subjetiva para estas diferenças, não pode deixar de se considerar que estes são também os domínios em que a incompetência do cuidador familiar mais inaceitável seria socialmente. Nesta linha de pensamento, os níveis de autoeficácia mais baixos deveriam estar presentes – como efetivamente estão – em atividades de autocuidado mais complexas, não rotineiras e menos exigíveis a um não profissional, como “posicionar-se”, “transferir-se” ou gerir regimes terapêuticos complexos. O elevado número de casos “rigidez articular” que se verificam no familiar dependente comprovam-no.

De modo análogo, também em relação às dimensões das competências para cuidar, é naqueles que requerem conhecimentos e habilidades comuns e decisões mais lineares como, por exemplo, “negociar com o sistema de saúde”, “monitorizar” ou “trabalhar com a pessoa cuidada” que os cuidadores familiares têm níveis mais elevados de autoeficácia. Já nos processos que exigem maior capacidade cognitiva e decisões complexas (com maior dose de incerteza), como acontece em relação a “decidir” ou a “ajustar”, os cuidadores familiares consideram-se menos competentes. A realidade que este achado traduz, para além de consistente com os baixos níveis de escolaridade e com a idade avançada de muitos cuidadores familiares, pode estar na origem, por exemplo, do elevado número de quedas (frequentemente resultantes, não só de falhas na avaliação dos riscos do ambiente face às condições da pessoa dependente, como à incapacidade de tomar as decisões certas nos momentos oportunos).

Equipamentos e recursos que se constituem como suporte ao autocuidado

Equipamentos utilizados na realização do autocuidado

A condição de dependência no autocuidado, por definição, pressupõe a existência de equipamentos e/ou pessoas. Às pessoas já antes se fez referência (em particular no exercício do papel de cuidador familiar). Em relação aos equipamentos – que tanto podem ser utilizados pela pessoa dependente na realização do autocuidado, como pelo cuidador familiar enquanto facilitador da respetiva ação – o estudo evidenciou que a utilização fica aquém do que seria necessário. Na realidade, em cada dez equipamentos considerados necessários (na avaliação dos

investigadores-enfermeiros) para a realização do autocuidado, apenas seis são efetivamente utilizados. Este nível de utilização dos equipamentos necessários, à semelhança do que se regista em todas as vertentes estudadas, varia em função do domínio do autocuidado. O “andar” é claramente o domínio do autocuidado em que a taxa de utilização dos equipamentos necessários é mais elevada (83%). Para essa situação muito contribuirá, não só o apelo da mobilidade, como a relativa facilidade em aceder a equipamentos como a bengala ou o andarilho. A mobilidade permite – até à pessoa com dificuldade em andar – deslocar-se entre dois pontos alcançando, assim, espaços e objetos. E, esta possibilidade faz a diferença entre manter alguma autonomia ou ficar dependente de outras pessoas para a realização de atividades como “usar o sanitário” ou “alimentar-se”. Não se estranha, por isso, que cada pessoa se esforce, ao limite, para preservar a capacidade de se deslocar, recorrendo, se necessário a equipamentos que podem facilitar esse intento, ademais, a um custo relativamente baixo. De facto, se há domínio em que a relação custo benefício na utilização de equipamentos é particularmente favorável à pessoa dependente, o autocuidado “andar” será o melhor exemplo.

Por razões seguramente diferentes, os equipamentos necessários à manutenção do regime terapêuticos têm, também, uma taxa de utilização superior à média. O que se explica – para além do baixo custo dos equipamentos básicos – por se revelarem particularmente úteis para contornar os défices cognitivos na gestão dos regimes terapêuticos complexos (*e.g.* múltiplos fármacos distribuídos por várias tomas heterogêneas com muitos comprimidos), ambos comuns entre as pessoas dependentes.

Entre os domínios do autocuidado em que os equipamentos necessários têm menores taxas de utilização, o “arranjar-se” constitui uma situação ímpar já que nenhum dos recursos considerados necessários é efetivamente utilizado no autocuidado. Esta situação poderá ficar a dever-se à pouca atenção que as pessoas que estão dependentes no autocuidado dão à forma e ao aprumo com que se apresentam. Este pouco cuidado poderá significar que tendem a permanecer em casa, com o à-vontade de quem está entre os seus e sem a expectativa de receber visitas.

Como acontece em relação a outras vertentes do estudo já analisadas, os domínios do autocuidado “transferir-se”, “posicionar-se” e “virar-se” estão, também, ao nível da utilização dos equipamentos necessários, entre os que têm menor atenção. Em razão da diminuição da força física decorrente da idade avançada de muitos dos cuidadores familiares, das competências mais diferenciadas que a satisfação do autocuidado nestes domínios exige, poder-se-iam esperar taxas altas de utilização dos recursos necessários, porém o que se verifica é exatamente o contrário.

As taxas de utilização estão entre as mais baixas, qualquer uma delas abaixo da taxa média, situando-se, no domínio “transferir-se”, em 26%.

Entre as razões para a baixa utilização dos recursos considerados necessários, não se pode excluir a possibilidade de os equipamentos estarem a ser substituídos por outras pessoas. De facto, no que poderá ser uma prática comum, pessoas menos ciosas da sua autonomia na realização do autocuidado poderão encontrar numa outra pessoa a solução para ultrapassarem a limitação que as impede de concretizarem, por si, uma dada tarefa do autocuidado.

Razões para a não utilização dos equipamentos necessários

Estes níveis tão baixos de utilização dos equipamentos necessários – que causam incontornável perplexidade – foram, de algum modo explicados pelos cuidadores familiares através da verbalização das razões que estavam na origem da não utilização desses equipamentos.

Quando se pensa num equipamento, associa-se-lhe – em particular quando são comuns, entre as famílias do estudo, os sinais de precariedade económica – os custos. Porém, as razões de ordem económica aparecem, na opinião dos respondentes, em segundo lugar. Com efeito, não desejarem um dado equipamento, reforce-se, necessário, é a razão mais apontada para a sua não utilização. Apesar de se admitir que esta opinião possa traduzir sobretudo desconhecimento da existência desse equipamento, prevalece a preocupação com o baixo nível de informação relevante por parte dos cuidadores familiares/pessoas dependentes. É, hoje, dificilmente compreensível que possam subsistir pessoas que ignorem a existência de equipamentos que lhes são, reconhecidamente, úteis na condição de dependência e/ou no papel de cuidador, que estão a vivenciar. Em relação a estas lacunas de informação, os profissionais da saúde, em particular os enfermeiros, não podem isentar-se das respetivas responsabilidades por omissão. Este aspeto ganha ainda mais relevância quando se constata que o desconhecimento da forma de aceder ao equipamento necessário é a terceira causa mais apontada para a não utilização desse equipamento. Pese embora as tecnologias de informação atualmente disponíveis, esta constatação alerta os profissionais da saúde para a necessidade de continuarem a assegurar – a grupos não tão residuais como frequentemente se julga e o estudo evidencia –, informação útil e necessária, através de meios mais convencionais.

Independentemente das causas que lhe estão na origem, a não utilização de equipamentos necessários não deixará de ter consequências. Ao abdicar da realização, por si, do autocuidado, substituindo o que poderia fazer com um dado equipamento pela ajuda de outra pessoa – atitude muitas vezes fomentada pelo próprio cuidador familiar –, a pessoa dependente está a contribuir para uma progressiva perda de capacidade, logo para aumentar o seu nível de

dependência. Na realidade, no que se revela ser um comportamento inadequado, perante alguma incapacidade para realização do autocuidado, algumas pessoas dispensam a utilização de equipamentos para, mais rapidamente do que seria necessário, apelarem à ajuda de outra pessoa.

Em paralelo, também sobre os cuidadores familiares recaem efeitos negativos da não utilização dos equipamentos necessários à realização do autocuidado. Associadas ao acréscimo (desnecessário) de esforço físico podem surgir as lesões (evitáveis) e as situações de sobrecarga que, para além dos prejuízos individuais, poderão colocar em causa a disponibilidade para o exercício do papel. Estas preocupações são maiores quando se tem presente que cerca de 30% dos prestadores de cuidados tem mais de 65 anos.

Utilização de outros recursos

Para além dos equipamentos necessários à realização do autocuidado, o estudo confirmou a utilização de muitos outros recursos que suportam o autocuidado de um familiar dependente que permanece no seio da família.

Entre os recursos institucionais, destaca-se a utilização do hospital (cerca de 85% das pessoas dependentes recorreram a instituições deste tipo) e do INEM (quase metade das famílias solicitou este serviço para atendimento urgente do familiar dependente). Estes níveis de utilização traduzem a existência de um número muito elevado de episódios de urgência e casos de agravamento de doenças anteriores. A frequência destas situações não poderá deixar de guardar relação com falhas pouco compreensíveis no acompanhamento da saúde das pessoas dependentes e de pôr em causa o modelo assistencial que vem sendo adotado nestes casos.

Pese embora os níveis de utilização daqueles serviços clínicos, o centro de saúde é mais procurado do que o hospital. Aparentemente, não será por não existirem centros de saúde que as pessoas recorrem ao hospital. Se existem recursos, e se eles são efetivamente utilizados mas os resultados não surgem, terá de admitir-se que, pelo menos em parte, a causa do problema poderá estar no modelo e organização dos cuidados de saúde.

A atual organização dos cuidados de saúde às pessoas dependentes – apesar de se ter introduzido alguma inovação – continua a ser muito centrada no fornecimento de cuidados médicos de natureza curativa. Note-se que o médico é, entre os profissionais da saúde, aquele a que as famílias mais recorrem. O enfermeiro, por exemplo, tem pouco mais de metade da procura do médico.

Considerando que as pessoas dependentes estão nesta condição, em média, há mais de cinco anos, ou seja, já longe da fase mais aguda, faria todo o sentido um claro reforço na ação dos enfermeiros. Estes profissionais estão particularmente vocacionados e preparados para a realização, em proximidade, de um acompanhamento continuado e para a vigilância daquelas pessoas. Se tivessem oportunidade e espaço de intervenção poderiam ser um contributo para a melhoria do estado de saúde e, assim, para a progressiva redução na procura de cuidados médicos.

Não se trata de qualquer solução que passe pela substituição de médicos por enfermeiros na realização de cuidados médicos mas, antes, a introdução no sistema de saúde de uma dimensão dos cuidados que hoje está, no geral, ausente. Esta alteração representaria um inegável aumento inicial dos custos que, tudo leva a crer, seria largamente compensado pela redução de custos a alcançar por força de uma melhor rentabilização dos recursos médicos e pela menor procura de cuidados hospitalares (mais diferenciados e mais caros) e, sobretudo, pela melhoria geral do estado de saúde das pessoas dependentes e dos cuidadores familiares.

Os serviços profissionais de apoio e bem-estar são, globalmente, pouco utilizados. Os serviços a que mais famílias recorrem são os que prestam “cuidados de higiene e conforto” e os que asseguram os serviços de “cabeleireiro, manicura e esteticista”, com 17% e 16% de procura, respetivamente. Se à utilização destes serviços, se juntar o facto de 15% das famílias recorrerem a empregadas (já mais utilizadas do que os vizinhos), poderão estar reunidos os elementos que prenunciam o que se poderá considerar uma externalização do cuidado assegurado na família. De facto, com famílias mais pequenas, com cuidadores familiares cada vez idosos, com menor disponibilidade dos membros da família para garantirem integralmente o autocuidado ao familiar dependente, as famílias tendem a contratualizar alguns serviços a entidades não familiares a quem delegam, pelo menos parcialmente, algumas das tarefas que tradicionalmente asseguravam.

A institucionalização de parentes dependentes no autocuidado

Nada no estudo realizado indicia que a família tenha deixado de ser encarada como “um recurso importante nos cuidados aos seus familiares” (Lage, 2007:71). É evidente que a evolução demográfica e as profundas alterações sociais a que se tem assistido nas últimas décadas estão a transformar a família tal como era conhecida, seguramente, numa nova realidade, porém não tão diferente quanto se poderia admitir.

Em qualquer caso, as respostas de outrora às necessidades das pessoas dependentes no autocuidado, centradas quase exclusivamente na capacidade de resposta família, já não

são suficientemente satisfatórias. Como referem Pimentel e Albuquerque (2010), vive-se uma crescente incapacidade de resposta da rede de cuidados prestados pela própria família, o que confere uma nova relevância às opções de institucionalização das pessoas dependentes no autocuidado.

O presente estudo demonstrou que a institucionalização das pessoas dependentes no autocuidado (e que têm parentes próximos a viver em famílias clássicas) é uma realidade que está longe de ser residual. Com efeito, mais de 6% dos representantes da família tinham, pelo menos, um parente dependente no autocuidado que estava institucionalizado. Apesar de não se poder proceder a uma comparação linear dos dois resultados, também não se pode ignorar que este valor corresponde a mais de metade dos casos em que o membro da família dependente no autocuidado permanece integrado na família.

A institucionalização de um familiar não obedecer a um padrão único, sendo que algumas características justificam uma referência particular. No momento de institucionalizar um familiar dependente no autocuidado, os lares residenciais surgem como a escolha de primeira linha (mais de 90%), enquanto as unidades da rede de cuidados continuados representam menos de 4% dos internamentos. Para esta opção, para além de alguma influência da tradição, muito contribuirá, a oferta e a acessibilidade aos serviços que estão implantados no terreno. Apesar de persistir a falta de camas em lares residenciais (sobretudo daqueles que têm mensalidades mais baixas) é inegável que a rede deste tipo de serviço tem vindo a crescer e é hoje constituída por numerosas unidades. Em contraponto, sendo a criação das unidades de internamento da RNCCI ainda muito recente, o número destas unidades é muito reduzido (escassez ainda mais acentuada à data em que os dados foram recolhidos). Este é um panorama que, caso a rede de unidades de internamento de cuidados continuados mantenha o ritmo de crescimento previsto aquando da sua criação, não deixará de ter algumas alterações num futuro próximo.

Razões para a institucionalização

A institucionalização de um familiar dependente no autocuidado, como antes se referiu, raramente se constitui como primeira escolha. Porém, também nunca será tomada com leviandade. Subsistem, por isso, razões – múltiplas, complexas e variáveis – na base da decisão de institucionalizar. Umas estão sediadas na pessoa dependente, outras na respetiva família, pese embora, tendam a pender mais para o lado da família.

Com efeito, do lado do familiar dependente, uma condição de dependência no autocuidado que obrigue à intervenção continuada de outras pessoas é um fator que faz com que se pondere a possibilidade de institucionalização. Em cada dez parentes, nove foram institucionalizados

porque se tinha instalado um quadro com algum tipo de dependência no autocuidado. Este quadro, que quase sempre (79% dos casos) se foi instalando de forma lenta e gradual, está associado, na maior parte das vezes, ao processo de envelhecimento que coexiste com doenças crónicas. Se a extensão da dependência que afeta o autocuidado da pessoa no período anterior à institucionalização não pode ser tida como particularmente determinante para a tomada de decisão que a precede, já o tipo de autocuidado envolvido não parece ser indiferente a essa decisão. Com efeito, no que se refere à extensão da dependência, constata-se que muitas das pessoas no momento da institucionalização são, aparentemente (os dados resultam de observações indiretas) grandes dependentes. Por um lado, têm múltiplos domínios do autocuidado comprometidos (os diferentes domínios avaliados estão comprometidos entre 47% e 89% das pessoas institucionalizadas). Por outro lado, é muito elevado o número de pessoas que apresenta dependência no autocuidado “virar-se” (48%) o que traduzirá um número importante de “dependentes-acamados”. Já entre os diferentes domínios do autocuidado que, com maior frequência, estão comprometidos, destacam-se os que exigiriam mais disponibilidade física e maior capacidade cognitiva ao cuidador familiar. É o caso do autocuidado “tomar banho” e “tomar a medicação”.

Por outro lado, o estudo demonstrou que o facto de a pessoa dependente não ser casada (solteira, viúva ou divorciada) é um fator que concorre significativamente para a institucionalização. Se a família em geral sente sobre si o peso da reprovação social pela institucionalização de um dos seus membros, essa perceção será, com certeza, particularmente sentida pelos cônjuges quando o seu companheiro é o sujeito dessa institucionalização. Deste modo, na perspetiva do cônjuge, tornar-se-á particularmente difícil e penoso “abandonar” num lar, velho e dependente, o companheiro a quem se jurou proteger na doença, todos os dias vida, até que a morte os separasse. Por isso, os cônjuges, como antes se referiu, resistem à institucionalização do companheiro, muitas vezes para além do que estão capazes e até do que seria melhor para o estado de saúde de ambos.

As condições, objetivas e inultrapassáveis, em que se encontra a pessoa dependente colocam a família perante uma realidade nova – provavelmente mais ameaçadora do que desafiante –, para a qual poderá sentir não dispor das condições que considera necessárias a uma resposta adequada. Por isso, na hora de decidir sobre a institucionalização, não pesa apenas o estado de saúde da pessoa dependente ou o respetivo estado civil, mas também algumas outras variáveis familiares, que vão da disponibilidade (mais do que a vontade) da família para tomar conta do familiar dependente, até aos apoios de que pode dispor, passando pelas condições do alojamento ou, mesmo, pela pressão social que sobre ela se exerce.

Quando se comparam as famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado com as famílias com parentes institucionalizados, as diferenças, existindo, geralmente não se reportam a aspetos particularmente determinantes, ou seja que, com convicção, se possa admitir que estejam na origem da decisão de institucionalizar. A exceção, para além do estado civil da pessoa dependente já referido, guarda relação com um dos aspetos em que se admitiria poder existir alguma diferença, que o estudo confirma: a importância da disponibilidade de mão-de-obra familiar para ajudar no processo de tomar conta do familiar dependente. Na verdade, as famílias com parentes institucionalizados têm menos membros e menor número de residentes no alojamento familiar. Este facto que, na hora de avaliar a possibilidade deste permanecer no seio da família, pondera negativamente é, de algum modo, aludido em diferentes circunstâncias. Por exemplo, a razão mais evocada pelos representantes das famílias para justificarem a institucionalização dos respetivos parentes é a falta de apoio no período anterior à institucionalização, por parte dos familiares e de outras estruturas de apoio, como os vizinhos. Esta razão é mais referida do que a falta de apoio por parte da rede formal (*e.g.* profissionais da saúde). Por outro lado, quando os representantes das famílias que têm parentes institucionalizados se pronunciam sobre as condições que necessitariam de ter para os poderem (re)integrar, a necessidade de um maior apoio por parte dos familiares, vizinhos e amigos é o terceiro requisito mais referido.

A par destas redes não formais, o apoio das estruturas formais é apontado, não só entre as razões que conduziram à institucionalização, mas também, na opinião dos representantes da família, como condição necessária ao regresso do familiar institucionalizado à família. Entre os apoios que as famílias consideram necessário dispor, o dos profissionais da saúde recolhe a unanimidade das opiniões, logo seguido dos serviços sociais (com 97% das opiniões). E, note-se que em cada três representantes da família, um gostaria – se dispusesse dos apoios necessários – de ter na família a pessoa institucionalizada. Esta situação, não deixando de revelar que uma parte importante das famílias continua a preferir manter no seu seio os familiares dependentes no autocuidado, demonstra que só não o faz porque, na verdade, não dispõe de recursos próprios nem acede aos recursos externos necessários (de que se destacam os profissionais) para responder às exigências de tomar conta de um familiar dependente no autocuidado.

Mas nem todas as razões para a institucionalização se sustentam em justificações exteriores ao representante da família. É também elevado o número daqueles que centralizam em si essas razões. Enquanto 50% alegam falta de tempo para poder cuidar do familiar dependente, 36% referem-se às alterações que o exercício desse papel traria à sua vida social.

Já em relação às condições de alojamento das famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado e das famílias com parentes institucionalizados, verificaram-se algumas diferenças significativas entre elas. Porém, ao contrário do que se poderia esperar, a tendência geral é para que as residências das famílias com parentes institucionalizados tenham melhores condições (e.g. mais divisões, melhor aquecimento ou melhor acessibilidade a pessoas com mobilidade reduzida). Não parece, assim, que as condições do alojamento familiar sejam um fator relevante para a decisão de institucionalizar um parente dependente no autocuidado.

A decisão de institucionalizar

Chegada a hora decidir, na maior parte das situações de institucionalização (61%), a deliberação foi tomada pela família no seu conjunto. Porém, não pode ser ignorado que, em mais de 30% dos casos, a pessoa dependente não terá tido voz ativa nesta decisão que lhe diz respeito e que não são mais de 7% aqueles que assumiram, por inteiro, essa decisão.

Esta realidade poderá ser explicada pela fragilidade em que se encontra a pessoa dependente no autocuidado. Por um lado, nas circunstâncias em que se encontra, tem uma baixa capacidade negocial. Não podendo cuidar de si, e estando dependente de outras pessoas, só poderá impor a sua vontade de permanecer no domicílio se dispuser de meios que lhe permitam suportar, total ou parcialmente, os custos de serviços profissionais. Nos restantes casos, em que não dispõe da capacidade económica necessária, a realização da sua vontade está sempre condicionada à disponibilidade e à anuência da família. Caso a família opte pela institucionalização, a pessoa dependente pouco mais poderá fazer do que resignar-se à sua sorte.

Por outro lado, com alguma frequência, as alterações cognitivas que afetam a pessoa dependente condicionam-lhe a capacidade de decidir, tomando a família, nas suas mãos, a decisão sobre a institucionalização. Mais uma vez, poucas soluções alternativas restarão ao familiar dependente. Em qualquer dos casos, no estudo não se identificou nenhuma situação em que, de modo grosseiro, a vontade da família tenha sido coercivamente imposta ao familiar institucionalizado.

O estudo permitiu, ainda, reconhecer que existem situações em que o familiar dependente, mesmo permanecendo no seio da família, só não está institucionalizado porque tal não foi exequível. Não se pode ignorar que existem muitas famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado para as quais a possibilidade de institucionalizar o familiar não chega a colocar-se como uma verdadeira alternativa. Basta, para isso, que a família não disponha dos recursos financeiros que lhe permitam o internamento nas instituições a que tem acesso. É o caso de

famílias economicamente “remediadas”. Dentro destas, quando se considera a possibilidade de institucionalização do familiar dependente, ora se veem confrontadas com listas de espera intermináveis para os lares residenciais que poderiam pagar, ora ficam perante a iminência de um aumento de custos insuportável para o orçamento familiar, se escolherem um lar em que existam vagas.

A alternativa, como antes se referiu, consiste na permanência no domicílio, com os custos para a condição de saúde da pessoa dependente e com o que essa opção traz de sobrecarga para os cuidadores familiares e demais família. Não podendo ignorar-se as muitas vantagens do cuidado prestado em casa face à institucionalização, tem também de reconhecer-se que, em algumas situações, a permanência no domicílio poderá não ser a melhor solução, sendo que, nestes casos, a institucionalização poderá apresentar-se como a melhor alternativa.

O futuro da institucionalização

O estudo demonstrou que, para muitos representantes familiares, a ideia da sua própria institucionalização vai sendo integrada, constituindo já, para um terço destes, a melhor opção numa hipotética situação de dependência no autocuidado, no futuro. Este achado, para além de traduzir uma efetiva mudança de mentalidade, não deixa de revelar a consciencialização das transformações profundas por que passa a família.

De modo diverso, todos os demais continuam a preferir a família como espaço de acolhimento. Porém, a maioria (cerca de metade) já só admite esta possibilidade caso possa dispor das condições necessárias. E, apenas um em cada dez continua a recusar a ideia de uma institucionalização, admitindo que prefere permanecer em casa, quaisquer que sejam as condições de que disponha.

Os representantes da família (com uma média de 58 anos de idade) corporizam, no presente, uma geração que vive entre dois apelos. Um, do passado, com as imagens de uma família que mesmo já não sendo o que era deixa um lastro de nostalgia e continua a apelar à família como recurso. Outro, do futuro, em que a perceção do que será a sua própria família conduz a uma crescente aceitação da ideia da institucionalização.

O cuidador familiar, os cuidados, os equipamentos e os recursos – comparação entre Lisboa e o Porto

Comparar as realidades existentes nos concelhos de Lisboa e do Porto, no concerne ao fenómeno da manutenção na família dos membros dependentes no autocuidado, constituiu, desde as fases iniciais do projeto de investigação, uma opção que se admitiu poder potenciar os resultados dos

estudos a desenvolver em cada um destes concelhos. Este relatório integra as análises comparativas referentes ao cuidador familiar e aos cuidados que este assegura à pessoa dependente, bem como, aos equipamentos e aos recursos usados na realização do autocuidado.

Numa análise global dos resultados, emerge, desde logo, como característica dominante, uma grande homogeneidade dos cuidadores familiares e da respetiva ação, pontuada, num ou outro aspeto, por diferenças significativas. Num país sem grandes disparidades regionais, não se esperaria encontrar grandes diferenças entre as duas cidades mais importantes do país, o que, na realidade, se confirmou. Porém, se a comparação entre estes concelhos não revela diferenças, ela é particularmente interessante para confirmar tendências na análise do fenómeno em estudo.

Do ponto de vista sócio demográfico, os cuidadores familiares de Lisboa e do Porto não são particularmente diferentes, o que quer dizer que a caracterização já atrás apresentada para o concelho do Porto se mantém, nas suas linhas gerais, para os cuidadores familiares de Lisboa. Subsistem, todavia, algumas diferenças. Antes de mais, destaca-se o facto de em Lisboa a maioria dos cuidadores familiares não ser, como acontece no Porto, filha/filho, mas sim cônjuge da pessoa dependente no autocuidado. Nestas circunstâncias, em Lisboa, não só a idade dos cuidadores familiares tende a aumentar (note-se que neste concelho 15% têm mais de 80 anos), como aumenta o número de casos de coabitação entre o cuidador e o respetivo familiar.

A autoeficácia dos cuidadores familiares para o exercício do respetivo papel é sempre elevada. Em qualquer caso, quando avaliada globalmente, apresenta uma diferença significativa entre os dois concelhos, sendo mais elevada no Porto. Na avaliação por domínios do autocuidado, como na avaliação pelas dimensões das competências para o exercício do papel de cuidador familiar, verificam-se algumas diferenças entre os concelhos. Porém, o mais relevante é que os dois concelhos não se afastam significativamente, seja nos domínios do autocuidado, seja nas dimensões das competências, em que os cuidadores se consideram mais e menos eficazes. Na realidade, em qualquer um dos concelhos, os níveis de autoeficácia são mais elevados naqueles domínios em que o autocuidado realizado ao outro não difere significativamente do realizado a si próprio, como é o caso dos domínios “vestir-se” e “alimentar-se”. Pelo contrário, estes níveis descem em relação aos domínios em que o cuidador familiar tem menor experiência vivida e em que lhe é exigida maior capacidade física e competência cognitiva para uma ação mais diferenciada (*e.g.* “posicionar-se”, “tomar a medicação” e “transferir-se”).

Uma das diferenças mais acentuada entre Lisboa e Porto está relacionada com o tipo de cuidados que prevalece na ação do cuidador familiar. Enquanto no concelho do Porto, predominam as

ações de incentivo à pessoa dependente, já no concelho de Lisboa têm maior relevância as ações que o cuidador familiar realiza em substituição da pessoa dependente. A esta situação não será alheia ao facto de o nível de dependência no autocuidado dos membros da família ser, em média, mais elevado em Lisboa do que no Porto. Com efeito, à medida que aumenta o nível de dependência da pessoa dependente, tendem a diminuir as ações de promoção do autocuidado e a aumentar as ações de substituição.

Não só a taxa global de utilização dos equipamentos considerados necessários à realização do autocuidado é mais elevada no Porto, como em oito, dos onze domínios do autocuidado avaliados, se mantém a mesma tendência. Esta realidade poderá estar relacionada com práticas comuns entre os cuidadores familiares que se traduzem por uma menor utilização de equipamentos quando é maior o nível de dependência no autocuidado. Deste modo, os equipamentos parecem servir mais a pessoa dependente na realização do autocuidado do que o cuidador familiar na sua ação de prestar cuidados. Note-se que, em qualquer dos concelhos, a taxa mais elevada de utilização dos equipamentos necessários se regista no domínio do autocuidado “andar”, ou seja, num dos domínios em que os equipamentos (*e.g.* bengala) podem fazer toda a diferença na realização, pelo próprio, do autocuidado. Em qualquer caso, não deixa de causar estranheza que apresentando as pessoas maior nível de dependência no autocuidado e tendo, quase metade dos cuidadores familiares do concelho de Lisboa, mais de 65 anos, as taxas de utilização dos equipamentos necessários permaneçam abaixo das Porto.

Na utilização dos recursos humanos, sejam profissionais ou não profissionais, as realidades de Lisboa e do Porto são muito similares. A família é o principal recurso não profissional, em qualquer uma das cidades. Por outro lado, em Lisboa, ao contrário do que acontece no Porto, os vizinhos são mais utilizados do que as empregadas domésticas.

Já em relação aos recursos profissionais, em qualquer das cidades, o médico é o recurso a que mais famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado recorrem; notoriamente mais do que ao enfermeiro ou a qualquer outro profissional da saúde. Destaque-se que em Lisboa, o enfermeiro é um recurso a que recorrem menos de metade das pessoas que utilizam o médico, o que supera largamente a diferença registada no Porto. Por outro lado, regista-se uma diferença significativa no recurso ao centro saúde/unidade de saúde familiar, sendo que em Lisboa este tipo de instituição é menos utilizada. Apesar de não ser significativa, mantém-se a tendência para uma menor utilização dos restantes recursos institucionais, em Lisboa. Esta realidade reforça a ideia de que os modelos de organização dos cuidados de saúde continuam a assentar numa lógica

centrada na doença e nos processos de curar. Por outro lado, deixa claro que essa lógica não é uma particularidade local, tendo, aparentemente, uma expressão nacional.

No que concerne aos recursos financeiros que as famílias que integram pessoas dependentes dispõem – não deixando de constituir motivo de preocupação qualquer número de pessoas que viva na pobreza, ou no seu limiar – é notório que as famílias do Porto vivem em maior sufoco financeiro do que as de Lisboa. Não só é significativamente maior o número de pessoas a cargo da família (três vezes mais no Porto), como é mais elevado o número de famílias que têm direito à percepção do rendimento solidário para idosos e ao complemento de dependência. Situação que guardará relação com o melhor nível de vida da população da região de Lisboa.

Os contextos “dependência-cuidados-na-família”

A presença das seis variáveis centrais do estudo – duas próprias da pessoa dependente, uma inerente ao cuidador familiar, duas relacionadas com os cuidados prestados por este ao familiar dependente e ainda uma outra centrada na utilização dos equipamentos e dos recursos necessários – desafiava a que, pela análise conjunta dessas variáveis, se procurassem agrupamentos homogêneos de casos. A análise de *clusters* realizada para o efeito, não só deu origem a um modelo que integra dois contextos “dependência-cuidados-na-família”: *condição de dependência – familiar dependente* e *cuidados de incentivo – cuidador familiar*, como fez sobressair a diferente importância preditiva de cada uma das variáveis, na definição desse modelo.

As variáveis principais

Sem surpresa, o nível de dependência no autocuidado do familiar dependente constitui-se como a variável com maior peso preditivo, ou seja, comprova-se a sua relevância primordial face a todas as demais variáveis. Com efeito, a existência de pessoas dependentes no autocuidado é a condição primeira para que se justifique a utilização de equipamentos e/ou a ação dos cuidadores familiares. Mas, confirma-se, também, a centralidade que assume na construção da realidade, ficando evidente que qualquer oscilação no nível de dependência no autocuidado repercutir-se-á, inevitavelmente, em todas as demais variáveis que caracterizam o contexto em que a pessoa dependente está integrada.

As práticas de incentivo dos cuidadores familiares às pessoas dependentes são também particularmente relevantes, não só para a definição global do modelo, como para a identidade de um dos agrupamentos. O que, desde logo, realça a importância dos cuidadores familiares

e o valor de que se pode revestir a sua ação, em particular na promoção do autocuidado do familiar dependente.

As restantes variáveis referentes à condição de saúde da pessoa dependente, à autoeficácia do cuidador familiar e à frequência com que o cuidador familiar presta cuidados de substituição da pessoa dependente, na realização do autocuidado têm importância decrescente na definição do modelo. Já em relação à “taxa de utilização dos recursos” considerados necessário o seu peso é praticamente nulo.

As diferentes variáveis revelaram-se capazes – embora com diferente relevância individual – de condicionar a circunstância que caracteriza, ora a pessoa dependente, ora o cuidador familiar, bem como a realidade familiar em que os mesmos se integram. Através do conhecimento da forma como se conjugam o peso relativo e a importância da situação de dependência no autocuidado, da condição de saúde da pessoa dependente e ainda dos cuidados assegurados pelo cuidador familiar e da respetiva autoeficácia, bem como, dos recursos e equipamentos utilizados nos cuidados (sejam de promoção do autocuidado, sejam de satisfação das necessidades decorrentes desse autocuidado), foi possível identificar, não só dois agrupamentos de variáveis, mas, sobretudo, conhecer dois contextos distintos onde a relação familiar de cuidados acontece: *condição de dependência – familiar dependente e cuidados de incentivo – cuidador familiar*.

Tipos de contexto

O contexto *condição de dependência – familiar dependente* é marcado pelo elevado nível de dependência no autocuidado do membro da família dependente. Este nível de dependência, que traduz uma incapacidade quase total para, por si, satisfazer as exigências do autocuidado, força, na maioria das vezes, a uma permanência prolongada no leito (“dependentes-acamados”) e obriga a uma intervenção continuada e preponderante do cuidador familiar. Seja em razão do problema de saúde/doença que determinou a dependência ou da evolução natural daquele ou mesmo do processo de envelhecimento, seja por ineficiente prestação de cuidados do cuidador familiar, as pessoas dependentes no autocuidado apresentam, neste contexto, pior condição de saúde. Os cuidadores familiares, com menor autoeficácia, tendem a centrar-se nos cuidados que têm de realizar pelo familiar dependente, incorporam na sua ação menos práticas de promoção do autocuidado. Apesar de a diferença ser quase insignificante, neste contexto, a “taxa de utilização dos recursos” é ligeiramente menor.

O contexto *cuidados de incentivo – cuidador familiar* é pautado pela intervenção dos cuidadores familiares. Uma intervenção centrada nas ações de incentivo ao familiar dependente, de modo a

que este continue a participar ativamente no autocuidado. A capacidade da pessoa dependente continuar a interagir com o cuidador familiar e a participar no autocuidado é, aparentemente, um sinal favorável, não só para a preservação da saúde e da qualidade de vida da pessoa dependente, como para a um exercício mais gratificante do papel de cuidador. Com efeito, neste contexto, os familiares dependentes apresentam menor nível de dependência no autocuidado e melhor condição de saúde, enquanto o cuidador familiar se sente mais eficaz no exercício do papel.

A realidade que transparece de cada um destes dois contextos não contraria, nos elementos que a constituem, estudos anteriores centrados na visão ou na perspetiva do cuidador familiar ou da pessoa dependente. Porém, os resultados acrescentam uma exigência para estudos futuros: a de considerar, em simultâneo e como uma realidade una, o binómio pessoa dependente – cuidador familiar e a realidade familiar em que se integra, atribuindo-lhe uma centralidade que não tem tido. Na verdade, a interação entre o cuidador familiar e o respetivo familiar dependente é tão particular que sobressai da relação familiar. Acresce que os elementos que compõem a interação influenciam-na e influenciam-se mutuamente de forma tão intensa, que esta se constitui como uma realidade autónoma que ultrapassa, quer a mera relação familiar, quer a importância desses elementos quando individualmente considerados.

Assim, mais do que falar de dependência no autocuidado, deveria falar-se de dependências no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho do Porto que integram pessoas dependentes. Para além das óbvias diferenças familiares – cada caso continuará a ser um caso – dois grandes quadros despontam na sua singularidade: um, em que o nível, quase avassalador, de dependência no autocuidado do familiar secundariza qualquer outro protagonismo; e, outro, modelado por cuidadores familiares que continuam a investir na promoção do autocuidado da pessoa dependente. Uns e outros exigem atenção profissional, necessariamente, atenções profissionais diferentes.

Limitações do estudo

Projeto

Constituiu um repto, ao hábito instalado (também entre os enfermeiros) de desenvolver projetos de investigação individuais enquadrados nos respetivos percursos académicos, evoluir na conceção e na concretização de um projeto de investigação que envolvia 15 pessoas, entre investigadores e orientadores. Esta reunião de vontades, sem deixar de dar resposta às exigências académicas de cada um (este é o último relatório a ser apresentado), permitiu, sem qualquer financiamento, concretizar nas duas principais cidades do país, um estudo amplo (avaliadas mais de 500 variáveis) em larga escala (quase 5000 pessoas inquiridas) e que exigia a participação de

enfermeiros na aplicação do formulário. O facto de este ser o último dos relatórios individuais a ser apresentado e de todos os anteriores trabalhos terem merecido a aprovação dos júris que os apreciaram é, só por si, tradutor da superação do desafio.

Acresce que projetos similares estão já a decorrer e que no âmbito da UNIESEP¹⁴ está em preparação um projeto para alargar o âmbito do presente estudo a toda a região Norte do país. Neste último caso, mantêm-se, no geral, os objetivos, as técnicas de amostragem e a generalidade dos procedimentos metodológicos, porém está a reformular-se o formulário com base nos resultados já obtidos.

Metodologia

Não obstante os relevantes resultados obtidos com o estudo, eles, basicamente, descrevem uma realidade que não se conhecia suficientemente. De facto, no momento de encontrar razões para alguns desses resultados, a investigação não-experimental, revelou a sua principal desvantagem, ou seja, como referem Polit e Beck a *“impossibilidade de esclarecer relações causais com precisão”* (2011:265).

Por outro lado, tratando-se de um estudo em que se optou por um modelo transversal na recolha de dados e tendo esta decorrido há quase quatro anos (período durante o qual ocorreram significativas alterações na realidade social em que o fenómeno em estudo se inscreve) é sempre problemático quando se inferem, em momento diferido, as mudanças e as tendências que ocorreram ao longo do tempo entretanto decorrido (Polit & Beck, 2011). Com efeito, como lembram as mesmas autoras, subsistirá a dúvida se algumas diferenças de comportamento, de atitude ou das características registadas são o resultado da passagem do tempo e não da disparidade de coorte ou geração.

Não respostas

A população deste estudo era constituída por famílias clássicas, ou seja por aglomerados, às vezes, de uma, mas, geralmente, de várias pessoas. A forma que demonstrou ser mais simples e mais efetiva de criar as condições básicas para atingir os objetivos do estudo foi contactar a família, pessoalmente, no respetivo alojamento. Não existindo nenhum recenseamento atualizado com a identificação dos alojamentos das famílias clássicas do Porto, a opção pelo método da referenciação geográfica para a identificação da amostra revelou-se não só rigoroso, como de fácil aplicação. Porém, como teria acontecido com qualquer outro método, por si só

¹⁴ Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto

não resolveu alguns dos problemas com que os investigadores se confrontaram no terreno e que não deixam de condicionar a leitura final dos resultados da investigação.

Apesar de os registos não serem inteiramente fiáveis, estima-se que os diferentes investigadores precisaram de contactar cerca de 8000 alojamentos, para obterem menos de um terço de respostas. Este facto, que não pode ser ignorado, terá, conforme o peso relativo que se atribua (mas a que o estudo não responde) às causas que o possam ter determinado, diferentes leituras. De facto, quando se tenta o contacto com os residentes de um alojamento familiar e não se obtém qualquer resposta, três possibilidades ficam em aberto: o alojamento está desabitado; os residentes estão, no momento, ausentes; os residentes não querem, ou não podem, responder. Sabe-se que o Porto, sobretudo o centro histórico, está desertificado e que são muitos os alojamentos devolutos. Reconhece-se que a aplicação do formulário decorreu em horários que podem ser de trabalho e num período que pode ser de férias para algumas famílias, mas também tem de se admitir que simultaneamente se tratava de um período de férias letivas. Há a percepção de que muitas pessoas ignoram ou têm indicações para não atenderem as “campainhas” de quem não é visita frequente ou conhecida. Estas são dimensões de uma dificuldade conhecida e reconhecida que, se espera, mutuamente se compensem e os grandes números possam diluir. Novo, por não se ter considerado no planeamento, e a exigir uma maior atenção em futuros estudos similares, foi a barreira imposta por seguranças privados no acesso a alguns alojamentos integrados em “condomínios fechados”.

As não respostas ao formulário preliminar (pessoas que respondendo do interior do alojamento não aceitaram participar) foram muito baixas (5,36% dos contacto efetivamente estabelecidos), para o que seguramente terá contribuído a simplicidade do formulário e o breve tempo necessário à respetiva resposta. Porém, já as não respostas ao formulário principal (34,85% do total de famílias que tinham pelo menos um membro dependente) não podem deixar de justificar alguma reflexão. Se as pessoas que tinham aceitado responder ao questionário preliminar, quando tiveram conhecimento da necessidade de observação do respetivo familiar, entenderam dar por terminada a colaboração no estudo, é lícito admitir que, pelo menos uma parte delas, teria algo que não queria mostrar ou queria mesmo esconder. O que conduz à suspeição de que a realidade evidenciada por este estudo poderá ter contornos ainda mais graves. Porventura, nestes casos, estarão, entre outras, as situações de maior negligência no autocuidado, inclusive as situações de maus tratos e de violência contra idosos de que regularmente se vai tendo notícia, mas o estudo não identificou (mas este também não era um dos seus objetivos).

Implicações para a profissão, a disciplina e a investigação

Como o estudo realizado evidenciou, as famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado constituem, hoje, no concelho do Porto, um fenómeno incontornável, a justificar uma atenção distinta da que tem merecido. O trajeto de investigação deixou claro que este não é apenas um problema das pessoas que estão dependentes no autocuidado, nem dos membros da família que assumem a responsabilidade deles cuidarem. Esta é uma questão que afeta as famílias, que tem evidentes contornos sociais e políticos e, por isso, muito importa – ou deveria importar – a diferentes agentes, nomeadamente aos profissionais da saúde, em particular aos enfermeiros.

Sendo este um projeto desenvolvido na área científica da enfermagem, não pode dar-se por encerrada esta etapa sem que se deixem algumas sugestões do que poderá ser a sua futura evolução. Ou, dito de outra forma, de como a enfermagem e os enfermeiros poderão utilizar o que agora é conhecido em benefício do seu próprio desenvolvimento, repensando as políticas públicas, bem como as estratégias e as práticas que vêm adotando.

Estas sugestões organizam-se em torno de dois eixos estratégicos (desenvolver a disciplina e sistematizar a ação profissional dos enfermeiros que é direcionada às transições vivenciadas, quer pelas pessoas dependentes no autocuidado, quer pelos familiares que deles cuidam) e concretizam-se a partir de três vetores de intervenção (ação política, formação e investigação).

Eixo: desenvolver a disciplina de enfermagem

O estudo, não só revelou algumas dimensões de uma realidade que, apesar de pouco conhecida, é de grande interesse para os enfermeiros, como mostrou o muito que há para conhecer sobre as famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado. Mas, paralelamente, reforçou a convicção de que o trajeto para o desenvolvimento da enfermagem se faz desocultando o que a realidade encobre, dando sentido ao novo, acrescentando conhecimento à enfermagem. Na verdade, de um ponto de vista ideológico, os enfermeiros, libertos dos atilhos da vocação que lhes tolheram o crescimento e, aparentemente, superados os equívocos do profissionalismo que lhes retardaram a afirmação como profissão autónoma, têm vindo a reforçar a sua identidade trilhando um caminho novo – que é o seu. Diferente, porque nutrido por uma disciplina autónoma do conhecimento – a enfermagem. Único, porque atento e capaz de dar resposta a necessidades que aos outros profissionais da saúde passam despercebidas. E, neste contexto, complementar, porque sem o contributo deste

conhecimento e sem a ação dos enfermeiros que o utilizam, os problemas de saúde das pessoas, das famílias e das comunidades nunca serão cabalmente resolvidos.

A afirmação do seu espaço, como profissão autônoma, entre as profissões da saúde tem-se feito muito por força de uma crescente focalização nas respostas humanas aos processos de transição e de uma concomitante demarcação face aos territórios centrais das outras profissões da saúde. E, de uma forma muito particular (até pela proximidade histórica) das doenças e dos médicos.

Este desapego face às doenças e respetivos quadros sintomáticos – acompanhado do correlativo crescendo de atenção às respostas humanas – tem vindo a traduzir-se na perda da centralidade da medicina como disciplina que nutre a prática dos enfermeiros e num crescente protagonismo do conhecimento de enfermagem como matéria-prima para a tomada de decisão dos enfermeiros na prestação de cuidados.

Na verdade, intervir ao nível das respostas humanas aos processos de transição exige aprofundados conhecimentos de enfermagem relacionados com o funcionamento humano (produto da interação dinâmica entre influências pessoais, comportamentais e ambientais). Estes conhecimentos permitirão aumentar o rigor do diagnóstico das necessidades em cuidados, implementar uma intervenção profissional com elevada competência e efetividade, bem como, (re)valorizar a interação comunicacional entre enfermeiro e cliente, na relação de cuidados.

Continuando os enfermeiros a procurar, em diferentes frentes, consolidar a enfermagem como disciplina, têm, nas áreas que se relacionam com a assistência às pessoas dependentes no autocuidado que permanecem no seio da família, um campo de interesse com elevado potencial de desenvolvimento futuro e com enorme relevância social. Entre outras, são de inquestionável relevância as áreas da preparação e do acompanhamento dos cuidadores familiares, da respetiva integração na família, da promoção do autocuidado junto da pessoa dependente e da prestação dos cuidados mais diferenciados, que a família não esteja capaz de garantir.

Eixo: sistematizar a ação profissional dos enfermeiros face às transições

Os resultados do estudo são demonstrativos de que a pessoa dependente, o cuidador familiar e a família não podem prescindir de cuidados profissionais. Neste quadro, os enfermeiros estão particularmente bem colocados para garantirem parte importante dessa assistência. Numa ideia – que é central em Orem – a intervenção do enfermeiro assenta no equilíbrio balanceado entre os requisitos universais de autocuidado do indivíduo e a sua capacidade para o realizar. Quando

este equilíbrio é assegurado pelo próprio indivíduo, não há razão para a intervenção do enfermeiro. Porém quando, como nos casos do estudo, é necessário compensar os desequilíbrios que possam acontecer, a intervenção do enfermeiro torna-se indispensável.

Por um lado, uma intervenção mais efetiva dos enfermeiros possibilitará a obtenção de diferentes tipos de resultados a serem alcançados pela pessoa dependente no autocuidado, tais como um menor nível de dependência, ou, ainda, a aquisição de conhecimentos que lhe permitam a adoção das estratégias adaptativas mais adequadas para lidar com os défices no autocuidado.

Por outro lado, a intervenção dos enfermeiros poderá contribuir para que os cuidadores familiares desenvolvam um grau de mestria que lhes permita maior efetividade na ação que realizam junto da pessoa dependente. Poderá, ainda, facilitar aos cuidadores a aquisição de estratégias que lhes permitam integrar, de forma fluída, as mudanças decorrentes da assunção desse papel.

Para uns e outros, bem como para a família de que fazem parte, esta profissionalização dos cuidados determinará ganhos em qualidade de vida e melhor estado de saúde.

Para os enfermeiros, constituirá uma oportunidade de alargarem a esfera da sua intervenção profissional a domínios da realidade que, por agora, estão praticamente a descoberto de ações específicas por parte dos profissionais da saúde. Com efeito, e apesar da indiscutível importância que as questões que se relacionam com os níveis de bem-estar e de saúde das populações em geral merecem, este (grande) grupo de pessoas/famílias envolvidas no cuidado à pessoa dependente que permanece integrada na família, não tem tido o acompanhamento que a sua atual dimensão e perspectiva de crescimento futuro exigiria.

Para a sociedade, a profissionalização dos cuidados assegurados às famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado poderá – entre outros possíveis ganhos que carecem de verificação – reduzir o número de dias de internamento, contribuir para um menor consumo de fármacos e até para aumentar o número de dias de trabalho dos prestadores de cuidados.

Vetor: ação política

Para os enfermeiros, a permanência no seio da família das pessoas dependentes no autocuidado nunca será uma mera questão política, mas a dimensão política também não pode ser excluída da equação sob pena de se condicionar a intervenção dos enfermeiros. Neste caso concreto, a ação política será fundamental para abrir ao exercício profissional novos territórios de intervenção.

Tradicionalmente pouco visível e estranhamente envergonhada, a intervenção política dos enfermeiros torna-se indispensável para preparar as condições externas que viabilizem qualquer ideia de mudança da realidade e do *status quo* na saúde. Necessariamente, os agentes políticos estarão entre os alvos prioritários que importa influenciar. Estes estarão mais sensíveis se as diferentes opiniões públicas – hoje, particularmente modeláveis pelos *media* – tiverem ideias concretas e reivindicarem num dado sentido. Ou seja, será necessário introduzir a questão das pessoas dependentes no autocuidado que permanecem no domicílio na agenda dos *media*. Esta tarefa de divulgação e sensibilização, sempre difícil e com êxito incerto, poderá nas circunstâncias atuais (em que os casos da morte não detetada de alguns idosos mexeram com sensibilidade e despertaram consciências) estar facilitada. Em qualquer caso, serão sempre necessários dados fidedignos sobre a situação concreta que se vive, em particular, nas grandes cidades.

Para além dos resultados deste estudo (e do realizado no concelho de Lisboa), importaria conhecer a situação fora dos grandes centros urbanos. Alargar o estudo realizado ao todo nacional emerge, desde logo, como a sugestão mais óbvia. Se até no espaço de um concelho a prevalência não é homogénea, teria todo o interesse conhecer outras realidades diferentes das que se vivem nos grandes centros urbanos. Este é um propósito que se encontra já em concretização parcial. De facto, para além dos estudos referidos que fazem parte do projeto inicial, estão já a decorrer estudos em outros concelhos do Norte do país. Ao estudarem-se diferentes realidades, não só se completa a fotografia do país, como se disponibiliza informação determinante para a reformulação das políticas e para a adaptação local às estratégias de intervenção global.

Mas a “simples” exposição do problema, por essencial que seja, não o resolve. Pode, até, se não for acompanhada de outras iniciativas, fazer com que a análise se perpetue em torno das lacunas do atual sistema assistencial (em que os enfermeiros estão entre os atores principais). É necessária uma intervenção proactiva que seja consequente aos discursos produzidos pelos enfermeiros. Nestas condições, torna-se necessário desenvolver novos modelos assistenciais sustentados e sustentáveis. Sustentados, porque assentes em conhecimento *estado da arte* que permita garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. Sustentáveis, porque, para além da rentabilização das competências dos enfermeiros e do aproveitamento dos demais recursos existentes, deverão ser acompanhados de estudos de natureza económica que suportem (se for o caso) a respetiva viabilidade financeira.

Vetor: formação

Se a ação política prepara as condições externas, a formação dos protagonistas contribui para que se criem as condições internas necessárias ao êxito dos projetos de ação. Na verdade, toda e qualquer estratégia de intervenção em que participem enfermeiros, estará votada ao fracasso se não os envolver e se eles não se envolverem ativamente.

O estudo deixou claro que os enfermeiros, num espaço de intervenção profissional que seria o seu, não estão a ter o protagonismo que a sua atual preparação técnico-científica faria supor e, diga-se, exigiria. Aparentemente, não bastou mudar a estrutura e a organização assistencial no contexto dos cuidados de saúde primários para que se alterassem significativamente as práticas dos profissionais da saúde, em particular dos enfermeiros. Num clima de profundas mudanças, a escassez de resultados terá algumas explicações e inúmeras justificações, grande parte das quais pouco ou nada terá a ver com os enfermeiros. Em qualquer caso, esta é, também, uma realidade que inclui os enfermeiros, logo a que estes não se podem alhear. E, este é o ponto. O que podem os enfermeiros fazer para superar a inércia da conformidade com os velhos modelos assistenciais medicocêntricos, transformando-se em agentes ativos nas mudanças desejadas? O que podem os enfermeiros fazer para introduzir inovação nos contextos da saúde? O que podem os enfermeiros fazer, para que diminua a disparidade entre os modelos assistências expostos e os modelos em uso?

Certamente, a resposta às questões enunciadas – na parte que depende exclusivamente dos próprios enfermeiros – não passa apenas por ministrar mais formação aos enfermeiros que estão na prática dos cuidados. Contudo – e sem descurar a importância das ideias, dos projetos, das lideranças esclarecidas e determinadas –, nunca será possível prescindir de enfermeiros sensibilizados e melhor preparados. Novas exigências profissionais carecem, quando não de novas competências, pelo menos da atualização das existentes. Na verdade, de pouco valerá a adoção de novos modelos assistências se os atores que terão de os implementar e de lhes dar sequência na prática clínica não tiverem os conhecimentos e as competências que lhes permitam desenvolver uma ação que acrescente valor à assistência que vinha sendo assegurada.

Vetor: investigação

A investigação em enfermagem não só nutre os dois eixos estratégicos antes referidos, como se constitui como a sustentação, quer da ação externa (ação política), quer da ação interna (formação). É, por isso, um vetor nuclear e indispensável neste quadro de sugestões relacionadas

com o fenómeno da dependência no autocuidado. Para além de algumas linhas já antes sugeridas (alargamento ao todo nacional do estudo realizado, conceção de um novo modelo assistencial para as famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado, estudos de viabilidade financeira dos diferentes modelos), seria interessante para os enfermeiros e útil para o desenvolvimento da enfermagem que o presente estudo pudesse ter continuidade ou servir de pretexto para a produção de novo conhecimento.

Assim, e numa linha de continuidade com o estudo a que este relatório se refere, sugere-se a realização de projetos que sejam capazes de colmatar as fragilidades evidenciadas ou de explorar aspetos que permanecem pouco claros. Desde logo, seria interessante aprofundar uma das condições mais preocupantes em que se desenrola a permanência no domicílio de pessoas dependentes: famílias clássicas unipessoais e famílias constituídas apenas por um casal, em particular quando os cônjuges têm idades mais avançadas.

O estudo deixou claro que as pessoas e as famílias, quando estão em condição de escolher, preferem a manutenção no seio da família à institucionalização. Percebeu-se que a integração na família tem impacto na condição de saúde. Subsiste, contudo, a dúvida se a condição de saúde seria substancialmente diferente, caso se tivesse optado pela institucionalização. A realização de um estudo comparativo que permita avaliar o efeito dos diferentes contextos de integração das pessoas dependentes no respetivo estado de saúde é, assim, outra sugestão.

O presente estudo também permitiu perceber que existe uma deficiente articulação entre os cuidados não profissionais garantidos, em particular, pelo cuidador familiar e os cuidados que são assegurados pelos diferentes profissionais da saúde, nomeadamente, pelos enfermeiros. Encontrar formas de harmonizar estes dois níveis de intervenção constituiria, em qualquer circunstância, um contributo para ganhos de eficiência na assistência à pessoa dependente e ao próprio cuidador familiar.

O fenómeno da dependência no autocuidado, e das questões conexas com a assistência em saúde, é uma questão real, com tendência para num período de transição demográfica aumentar e colocar novos problemas, que tem indiscutível interesse para os enfermeiros. Pese embora se trate de uma metodologia pouco usual entre os enfermeiros, seria de grande utilidade realizar um estudo longitudinal de natureza epidemiológica que acompanhasse as transformações que, neste quadro, não deixarão de se operar. Para além de uma permanente monitorização dos modelos assistenciais em uso, este estudo não deixaria de se constituir, também, como uma oportunidade para reconhecer a relevância, até agora ignorada, de outras variáveis.

Numa linha complementar ao estudo, mais centrada na produção de conhecimento que possa ser útil na prestação de cuidados de enfermagem, poderá também fazer sentido explorar o potencial para a utilização clínica das escalas que integram o formulário “Famílias que integram dependentes no autocuidado”. Na realidade, estas escalas poder-se-ão constituir como uma ferramenta particularmente útil para a avaliação geral (*screening*) da pessoa dependente e dos cuidados que lhe estão a ser assegurados.

Capítulo V

BIBLIOGRAFIA

5. BIBLIOGRAFIA

- AGUIAR, P. (2007). *Guia prático Climepsi de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS*. Lisboa, CLIMEPSI EDITORES.
- ALLEN, D. (2000). Negotiating the role of expert carers on an adult hospital ward. *Sociology of Health & Illness*, 22:149-171.
- ALMEIDA FILHO, N. (2000). O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 3(1-3): 4-20.
- ALMEIDA, L. (2006). *O idoso à luz da neurologia gerontológica – a idade não perdoa?* Lisboa, Gradiva.
- ALMEIDA, L.; FREIRE, T. (2007). *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação*. Braga, Psiquilibrios.
- AMENDOEIRA, J. (2004). Enfermagem em Portugal: contextos, actores e saberes. *Enfermagem*. 35/36: 13-22.
- ANDRADE, F. (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal Ciências da Educação*. Braga Universidade do Minho. Dissertação de mestrado em Ciências da Educação (área de especialização em Educação para a Saúde).
- ARAÚJO, F., *et al.* (2007). Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 25(2): 23-31.
- ÁVILA, R. (2009). *Idosos: A enfermagem e os cuidados de proximidade Universidade do Porto*. Porto, Instituto de Ciências de Abel Salazar. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.
- AYRES, J. C. (2007). Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*. 17(1): 43-62.
- AZEVEDO, G.; SANTOS, V. (2006). Cuidador (d)eficiente: as representações sociais de familiares acerca do processo de cuidar. *Rev Latino-americana Enfermagem*. 14(5).
- AZZI, R.; POLYDORO, S. (2006). Auto-eficácia proposta por Albert Bandura: algumas discussões. In AZZI, R. G. P. & POLYDORO, S. A. J. (Orgs.), *Auto-eficácia em diferentes contextos*. Campinas, São Paulo: Alínea: 9-23.
- BANDURA, A. (1971). *Vicarious and self-reinforcement processes. The nature of reinforcement*. G. (Ed.), New York: Academic Press: 228-278.
- BANDURA, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York, General Learning Press.
- BANDURA, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*. 44(9): 1175-1184.
- BANDURA, A. (1994). *Self-efficacy. Encyclopedia of human behavior*. V. S. R. (Ed.). New York, Academic Press. 4: 71-81.
- BANDURA, A. (1997a). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, W.H. Freeman.
- BANDURA, A. (1997b). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 84: 191-215.

- BANDURA, A. (2000). Exercise of Human Agency Through Collective Efficacy. *Current Directions in Psychological Science* (Wiley-Blackwell) 9(3): 75-78.
- BANDURA, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*. 31(2): 143-164.
- BANDURA, A. (2006). Toward a Psychology of Human Agency. *Perspectives on Psychological Science*. 1: 164-180.
- BANDURA, A. (2008). A evolução da teoria social cognitiva. In BANDURA, A.; AZZI, R. G.; POLYDORO, S.A.J. (Org.). Teoria social cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed, 15-42.
- BANDURA, A. (2009). Social cognitive theory goes global. *Psychologist*. 22(6): 504-506.
- BANDURA, A.; LOCKE, E. (2003). Negative Self-Efficacy and Goal Effects Revisited. *Journal of Applied Psychology*. 88(1): 87-99.
- BARROS, M.; BATISTA-DOS-SANTOS, A. (2010). Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. *Revista Espaço Acadêmico*, 112, (10), 1-9.
- BASTOS, F. (2012). *A pessoa com doença crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Doutoramento em Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- BENIGHT, C.; BANDURA, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behavior Research and Therapy*. 42: 1129-1148.
- BENOIT, J. (2004). *Tratamento das perturbações familiares*. Lisboa, Climpesi Editores.
- BERRY, J.; WEST, R. (1993). Cognitive self-efficacy in relation to personal mastery and goal setting across the life personal mastery and goal setting across the life span. *International Journal of Behavioral Development*. 16: 351-379.
- BOCCHI, S. (2004). Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. *Rev Latino-am Enfermagem*. 12(1): 115-121.
- BOCCHI, S.; ANGELO, M. (2008). Entre a liberdade e a reclusão: o apoio social como componente da qualidade de vida do binómio cuidador familiar-pessoa dependente. *Rev Latino-am Enfermagem*. 16(1): 15-23.
- BONITA, R., et al. (2006). *Basic Epidemiology*. 2nd Ed. World Health Organization, Geneve.
- BOTELHO, A. (2005). A Funcionalidade dos idosos. In PAUL, C. & FONSECA, M. *Envelhecer em Portugal*, Climepsi: 111-115.
- BRERETON, L. (1997). Preparation for family caregiving: stroke as a paradigm case. *Journal of Clinical Nursing*. 6(6): 425-434.
- BRERETON, L.; NOLAN, M. (2000). 'You do know he's had a stroke don't you?' - Preparation for family caregiving: the neglected dimension. *Journal of Clinical Nursing*. 9(4): 498-506.
- BRERETON, L.; NOLAN, M. (2002). Seeking: a key activity for new family carers of stroke survivors. *Journal of Clinical Nursing*. 11(1): 22-31.
- BRIDGES, W. (2004). *Transitions: Making sense of life's changes*. New York, Addison-Wesley.
- BRIS, H. (1994). Responsabilidade Familiar pelos Dependentes Idosos nos Países das Comunidades Europeias, Lisboa, *Conselho Económico e Social*, consultado em 20 julho 2013, disponível em <http://www.ces.pt/download/600/RespFamDepIdosos.pdf>.

- BRITO, A. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado: uma teoria explicativa*. Doutorado em Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica, Porto.
- BROWN, A.; MULLEY, G. (1997). Injuries sustained by caregivers of disabled elderly people. *Age and Ageing*. 26(1): 21-23.
- BURGESS, R. (1997). *A pesquisa de terreno. Uma introdução*. Oeiras, Celta Editora.
- CADE, N. (2001). A teoria do déficit de autocuidado de orem aplicada em hipertensas." *Rev Latino-am Enfermagem*. 9(3): 43-50.
- CALDAS, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*. 19: 773-781.
- CARON, C. *et al.* (2006). Deciding on Institutionalization for a Relative with Dementia: The Most Difficult Decision for Caregivers. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 25:193-205.
- CARRETERO, S., *et al.* (2007). Evaluation of the home help service and its impact on the informal caregiver's burden of dependent elders. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 22(8): 738-749.
- CARVALHO, A. (2011). *Solidão e Solidariedade: Entre laços e as fracturas sociais*. Santa Maria da Feira, Edições Afrontamento.
- CHAMBERS, R., *et al.* (2006). What we know about the practice and impact of self care (Chapter 13) In *Supporting Self Care in Primary Care*. United Kingdom, Radcliffe Publishing Lda: 14-29.
- CHICK, N.; MELEIS, A. (1986). Transitions: a nursing concern. In *Nursing research methodology*. P. L. Chinn. Aspen, Rockeville: 237-257.
- CHO, S., *et al.* (2009). Wives and daughters: the differential role of day care use in the nursing home placement of cognitively impaired family members. *The Gerontologist*. 49(1):57-67.
- COLEMAN, E., *et al.* (2004). Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: the care transitions intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*. 52(11): 1817-1825.
- COLLIÈRE, M. (1989). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- COMLEY, A. (1994). A comparative analysis of Orem's self-care model and Peplau's interpersonal theory. *Journal of Advanced Nursing*. 20(4): 755-760.
- COOK, A. (2004). *Teaching Needs of Persons Dealing with Stroke as Perceived by Allied Health*. Medical College of Ohio. Master of Science in Nursing.
- COSTA, A. (2003). Auto-eficácia e Burnout. *Interação Psy*. 20(1): 34-67.
- COSTA, E.; BORUCHOVITCH, E. (2006). A autoeficácia e a motivação para aprender: considerações para o desempenho dos alunos. In R. G. P. AZZI & S. A. J (Orgs), *Auto-eficácia em diferentes contextos*. Campinas, SP: Alínea: 86-109.
- COSTA, M. (2002). *Cuidar de idosos - Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra. Formasau e EDUCA.
- CRUZ, D., *et al.* (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*: 127-136.

CUNHA, D. (2012). *Famílias clássicas do concelho do Porto com parentes institucionalizados: Das causas da institucionalização aos requisitos relevantes para o cuidado no domicílio*. Mestrado em Enfermagem Avançada. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica, Porto.

DAVIES, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*. 52(6): 658-671.

DAVIES, S.; NOLAN, M. (2004). Making the move: relatives' experiences of the transition to a care home. *Health & Social Care in the Community*. 12(6): 517-526.

DeBUSK, R., *et al.* (2004). Care Management for Low-Risk Patients with Heart Failure. *Annals of Internal Medicine*. 141(8): 606-613.

DUCHARME, F., *et al.* (2007). Changes in health outcomes among older husband caregivers: a one-year longitudinal study. *International Journal Of Aging & Human Development*. 65(1): 73-96.

DUQUE, H. (2009). *O doente dependente no autocuidado - estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.

DURO, S. (2013). *Cuidar da família ao longo da vida*. Lisboa, Universidade Católica Editora.

EKWALL, A., *et al.* (2007). Older caregivers' coping strategies and sense of coherence in relation to quality of life. *Journal of Advanced Nursing*. 57(6): 584-596.

ELIAS, M. (2011). *Contributos do apoio psicossocial, em contexto domiciliário, aos familiares cuidadores/idosos após fractura da extremidade proximal do fémur*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação Universidade do Porto. Doutor em Psicologia.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE (2013). *Avaliação do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde*. ERS, Porto.

ESTEVES, A. J.; PINTO, J. M. (1997). O envelhecimento na área metropolitana do Porto. *Estatísticas e Estudos Regionais*. 14: 22-30.

FAUCETT, J., *et al.* (1990). The effect of Orem's self-care model on nursing care in a nursing home setting. *Journal of Advanced Nursing*. 15(6): 659-666.

FERNANDES, A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social. Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Revista Sociologia, Problemas e Práticas*. 36: 39-52.

FERNANDES, J. (2009). *Cuidar no domicílio: a sobrecarga do cuidador familiar*. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa. Dissertação de Mestrado

FIEDLER, M.; PERES, K. (2008). Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*. 24:409-415.

FIGUEIREDO, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa, Climepsi.

FIGUEIREDO, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar. Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures, Lusociência.

FIGUEIREDO, M.; MARTINS, M. (2009). Dos contextos da prática à (co) construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. *Revista da Escola de Enfermagem*. USP 615-621.

FINLAYSON, M. (2000). Health and social profile of older adults with MS: findings from three studies. *International Journal of MS Care*. 4(3), 139-151.

FINLAYSON, M. (2002). Health and Social Profile of Older Adults With MS: Findings From Three Studies. *International Journal of MS Care: Fall*. 2002, 4(3): 139-151.

- FLANDRIN, J. (1995). *Famílias - parentesco, casa e sexualidade na sociedade antiga*. Lisboa, Editorial Estampa.
- FONSECA, A. (2006). *O Envelhecimento. Uma abordagem psicológica*. Lisboa, Universidade Católica Portuguesa Editora.
- FONSECA, A., et al. (2010). Working family carers in Portugal: between the duty and the burden of caring for old vulnerable people. *International Journal of Palliative Nursing*. 16: 476-480.
- FORTIN, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.
- FUNDAÇÃO FRANCISCO MANUEL DO SANTOS (20 de 11 de 2012a). *Indicadores de envelhecimento segundo os Censos em Portugal*. Obtido em 11/8 de 2013, de PORDATA - Base de dados Portugal Indicadores Contemporâneo: <http://www.pordata.pt/Portugal/+de+envelhecimento+segundo+os+Censos-525>.
- FUNDAÇÃO FRANCISCO MANUEL DOS SANTOS (20 de 11 de 2012b). *População residente segundo os Censos: total e por grandes grupos etários - Portugal*. Obtido em 05 de 11 de 2013, de PORDATA - Base de dados Portugal contemporâneo: <http://www.pordata.pt/Portugal/Populacao+residente+segundo+os+Censos+total+e+por+grandes+grupos+etarios-512>.
- FUNDAÇÃO FRANCISCO MANUEL DOS SANTOS (20 de 11 de 2012c). *População residente segundo os Censos: total e por grupo etário - Portugal*. Obtido em 05 de 11 de 2013, de PORDATA - Base de dados Portugal contemporâneo: <http://www.pordata.pt/Portugal/Populacao+residente+segundo+os+Censos+total+e+por+grupo+etario-2>.
- FUNDAÇÃO FRANCISCO MANUEL DO SANTOS (20 de 02 de 2013a). *Agregados domésticos privados unipessoais: total e de indivíduos com 65 e mais anos - Portugal*. Obtido em 06 de 08 de 2013, de PORDATA - Base de dados Portugal Contemporâneo: <http://www.pordata.pt/Portugal/Agregados+domesticos+privados+unipessoais+total+e+de+indivíduos+com+65+e+mais+anos-822>.
- FUNDAÇÃO FRANCISCO MANUEL DO SANTOS (17 de 06 de 2013b). *População residente: total e por grupo etário - Portugal*. Obtido em 16 de 08 de 2013, de PORDATA - Base de dados Portugal Contemporâneo: <http://www.pordata.pt/Portugal/Populacao+residente+total+e+por+grupo+etario-10>.
- FUNDAÇÃO FRANCISCO MANUEL DOS SANTOS (17 de 06 de 2013c). *Indicadores de envelhecimento em Portugal*. Obtido em 05 de 11 de 2013, de PORDATA - Base de dados Portugal contemporâneo: <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>.
- FURINI, C. et al. (2007). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Revista da escola de Enfermagem*. 229-236.
- GEIRINHAS, J. (2001). Conceitos e Metodologias, BGRI - Base Geográfica de Referência de Informação. *Revista de Estudos Regionais*. INE: 1-7.
- GEORGE, J. (2000). *Teorias de enfermagem: fundamentos para a prática profissional*. 4ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas.
- GHASARIAN, C. (1999). *Introdução ao estudo do parentesco*. Lisboa, Terramar.
- GHIGLIONE, R.; MATALON, B. (1992). *O Inquérito - Teoria e prática*. Oeiras, Celta.
- GIL, A. (2007). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo, Editora Atlas.
- GILLIAM, C.; STEFFEN, A. (2006). The relationship between caregiving self-efficacy and depressive symptoms in dementia family caregivers. *Aging & Mental Health*. 10(2): 79-86.

- GOMES, A. (2010). *Envelhecimento. Memórias da velhice - Pelas terras do Sempre e do Nunca*. Lisboa, Santa Casa de Misericórdia de Lisboa.
- GONÇALVES, C. (2003a). *As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos*. INE. Lisboa.
- GONÇALVES, C. (2003b). *Enquadramento familiar das pessoas com deficiência: uma análise exploratória dos resultados dos Censos 2001*. *Revista de Estudos Demográficos*, 33: 69-94. INE, Lisboa.
- GONÇALVES, C.; SILVA, C. (2004). Pobreza e exclusão social nas famílias com idosos em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*: 143 - 169.
- GONÇALVES, L.; TOURINHO, F. (2012). *Enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado*. São Paulo, Manole.
- GRAHAM, S.; WEINER, B. (1996). *Theories and principles of motivation Handbook of Educational Psychology*. D. C. B. R. C. C. (Eds.). New York, Macmillan: 63-84.
- GRÄSEL, E., *et al.* (2006). Long-term effects of the intensification of the transition between inpatient neurological rehabilitation and home care of stroke patients. *Clinical Rehabilitation*. 20(7): 577-583.
- GREENBERG, R., *et al.* (2001). *Medical Epidemiology*. United States Of America, McGraw-Hill Companies.
- GULBENKIAN, F. (2009). *O tempo da vida - Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento 2008/2009*. Cascais, Princípia.
- GULLY, S., *et al.* (2002). A meta-analysis of team efficacy, potency, and performance: Interdependence and level of analysis as moderators of observed relationships. *Journal of Applied Psychology*. 87: 819-832.
- GWYTHER, L. (2001). Family caregivers and long-term care: caring together. *Alzheimer's Care Quarterly*. 2(1): 64-72.
- HERTZBERG, A.; EKMAN, S. (2000). 'We, not them and us?' Views on the relationships and interactions between staff and relatives of older people permanently living in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*. 31(3): 614-622.
- HILL, M.; HILL, A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa, Sílabo.
- HOEMAN, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. Loures, Lusociência.
- HORAN, P., *et al.* (2004). *Exploring Orem's self-care deficit nursing theory in learning disability nursing: philosophical parity paper: part 1*. *Learning Disability Practice* 7(4): 28-33.
- HUANG, H.-L., *et al.* (2003). A pilot study on a home-based caregiver training program for improving caregiver self-efficacy and decreasing the behavioral problems of elders with dementia in Taiwan. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*. 18(4): 337-345.
- IMAGINÁRIO, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra, Formasau.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2002). Censos 2001: resultados definitivos: XIV recenseamento geral da população - IV recenseamento geral da habitação/Instituto Nacional de Estatística. 2.º vol.: Norte. Instituto Nacional de Estatística.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2003). Antecedentes, metodologia e conceitos: Censos 2001: XIV recenseamento geral da população: IV recenseamento geral da habitação. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa.

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2005a). Documento Metodológico. Sistema integrado de Metainformação Documentação das Operações Estatísticas. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, Portugal.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2005b). Set2005. Destaque, Lisboa, Portugal.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2007). Ago2007. Destaque, Lisboa, Portugal.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2009). Projeções de população residente em Portugal 2008-2060. Destaque, Lisboa, Portugal.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2011). Censos 2011. Resultados definitivos de Portugal. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, Portugal.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2012a). Censos 2011. Destaque, Lisboa, Portugal.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2012b). Saúde e Incapacidades em Portugal 2011. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, Portugal.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2012c). Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Norte. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, Portugal.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2006). *CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0* (CIPE versão 1- Tradução Oficial Portuguesa). Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2011). *CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0* (CIPE versão 2 - Tradução Oficial Portuguesa) Lisboa Ordem dos Enfermeiros.
- JEDE, M.; SPULDARO, M. (2009). Cuidado do idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura. *RBCEH*. 6(3): 413-421.
- JEKEL, J., *et al.* (1999). *Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva*. Porto Alegre, Artmed.
- KELLETT, U. (1999). Transition in care: family carers' experience of nursing home placement. *Journal of Advanced Nursing*. 29(6): 1474-1481.
- KÉROUAC, S., *et al.* (1996). *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona, Masson.
- KOCH, T.; KRALIK, D. (2001). Chronic illness: reflections on a community-based action research programme. *Journal of Advanced Nursing*. 36(1): 23-31.
- KRALIK, D. (2002). The quest for ordinariness: transition experienced by midlife women living with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*. 39(2): 146-154.
- KRALIK, D., *et al.* (2004). Chronic illness self-management: taking action to create order. *Journal of Clinical Nursing*. 13(2): 259-267.
- KRALIK, D., *et al.* (2005). 'Moving on': the transition to living well with chronic illness. *Australian Journal of Holistic Nursing*. 12(2): 13-22.
- KRALIK, D., *et al.* (2006a). Resilience in the chronic illness experience. *Educational Action Research*. 14(2): 187-201.
- KRALIK, D., *et al.* (2006b). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 55(3): 320-329.
- KRALIK, D.; van LOON, A. (2007). Understanding transition in chronic illness. *Australian Nursing Journal*. 15(2): 29-29.

- KUO, T.; TORRES-GIL, F. (2001). Factors affecting utilization of health services and home- and community-based care programs by older Taiwanese in the United States. *Research on Aging*. 23, 14-36.
- LAGE, M. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Doutoramento em Ciências de Enfermagem.
- LAST, J. (1995). *Um Dicionário de Epidemiologia*. Lisboa, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.
- LEE, C.; BOBKO, P. (1994). Self-efficacy beliefs: Comparison of five measures. *Journal of Applied Psychology*. 79(3): 364-369.
- LENOIR, R. (1979). L'invention du 'troisième âge' et la constitution du champ des agents de gestion de la vieillesse. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, Paris, 26-27, 57-83.
- LI, H., *et al.* (2000). Families and hospitalized elders: a typology of family care actions. *Research in Nursing and Health*. 23(1): 3-16.
- LIMA, M. (2010). *Envelhecimento(s)*. Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra.
- LIN, P.; LU, C. (2005). Hip fracture: family caregivers' burden and related factors for older people in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. 14(6): 719-726.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. (2001). *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
- LOPES, L. (2007). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 25: 39-46.
- LOURO, M. (2010). A pessoa doente e dependente: do hospital ao domicílio. *Revista Investigação em Enfermagem*. 59-68.
- LWANGA, S.; LEMESHOW, S. (1991). *Sample size determination in health studies: a practical manual*. Geneva, World Health Organization.
- MAIA, H. (2012). *Tomar conta de pessoas dependentes no domicílio: Estudo exploratório acerca dos recursos utilizados no seio das famílias clássicas do concelho do Porto*. Mestrado em Enfermagem Avançada. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica, Porto.
- MARCONI, M.; LAKATOS, M. (1999). *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo Editora Atlas
- MARÔCO, J. (2010). *Análise estatística com PASW Statistics (ex SPSS)*. Pêro Pinheiro, ReportNumber, Análise e Gestão de Informação Lda.
- MARÔCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*. 4(1): 65-90.
- MARQUES, S. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com Acidente vascular cerebral*. Coimbra, Formasau.
- MÁRQUEZ-GONZÁLEZ, M., *et al.* (2009). Reliability and Validity of the Spanish Version of the Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy. *Clinical Gerontologist*. 32(4): 347-357.
- MARS, G., *et al.* (2007). How do people with COPD or diabetes type 2 experience autonomy? An exploratory study. *Disability & Rehabilitation*. 29, 485-493
- MARTIN, H., *et al.* (1999). *Epidemiologia: Teoría, Investigación y Práctica*. Madrid, Ediciones Díaz de Santos, S.A.

- MARTÍNEZ, I.; SORIA, M. (2006). Autoeficacia en el trabajo: el poder de creer que tú puedes. *Estudios financieros. Estudos financeiros*. 45(279): 175-202.
- MARTINS, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS. Saber decidir, Fazer, interpretar e redigir*. Braga, Psiquilibrios Edições.
- MARTINS, M. (2002). *Uma crise accidental na família. O doente com AVC*. Coimbra, Formasau.
- MARTINS, T. (2006). *Acidente vascular cerebral. Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra, Formasau.
- MAURER, T.; ANDREWS, K. (2000). Traditional, Likert and Simplified Measures of Self-efficacy. *Educational and Psychological Measurement*. 60(6).
- MAURER, T.; PIERCE, H. (1998). A comparison of Likert scale and traditional measures of self-efficacy. *Journal of Applied Psychology*. 83(2): 324-329.
- MAUSNER, J.; KRAMER, S. (2007). *Introdução à Epidemiologia*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- McALEESE, P.; ODLING-SMEE, W. (1994). The effect of complications on length of stay. *Ann Surg*. 220(6): 740-744.
- McCORKLE, R. (2006). A Program of Research on Patient and Family Caregiver Outcomes: Three Phases of Evolution. *Oncology Nursing Forum*. 33(1): 25-31.
- McGUIRE, L., *et al.* (2007). Supportive care needs of Americans: a major issue for women as both recipients and providers. *Journal of Women's Health*. 16(6): 784-789.
- McMILLAN, S.; SMALL, B. (2007). Using the COPE intervention for family caregivers to improve symptoms of hospice homecare patients: a clinical trial. *Oncology Nursing Forum*. 34(2): 313-321.
- MELEIS, A. (1991). *Theoretical nursing: Development and progress*. Philadelphia, J.B. Lippincott Co.
- MELEIS, A. (2005). *Theoretical nursing: development & progress*. Philadelphia, J.B. Lippincott Company.
- MELEIS, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- MELEIS, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York, Springer Publishing Company, LLC.
- MELEIS, A. (2011). *Theoretical nursing. Development and Progress*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer /Lippincott Williams & Wilkins.
- MELEIS, A., *et al.* (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 23(1): 12-28.
- MELEIS, A.; TRANGENSTEIN, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42(6): 255-259.
- MILLER, E. (2000). Partnering: a remedy for the emerging caregiving crisis? *Rehabilitation Nursing*. 25(4): 124-125.
- MISTIAEN, P., *et al.* (1997). The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*. 25(6): 1233-1240.
- MONTEIRO, M. (2010). *Vivências dos cuidadores familiares em internamento hospitalar: O início da dependência*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.

- MOOI, E.; SARSTEDT, M. (2011). *Cluster Analysis. A Concise Guide to Market Research* (Chapter 9). Berlin, Springer Berlin Heidelberg: 237-284.
- MOORHEAD, S., *et al.* (2008). *Classificação dos Resultados de Enfermagem* (NOC). Porto Alegre, Artmed.
- NOGUEIRO, H.; REMOALDO, P. C. (2010). *Olhares geográficos sobre a saúde*. Lisboa, Edições Colibri.
- NOLAN, M., *et al.* (1995). Developing a typology of family care: implications for nurses and other service providers. *Journal of Advanced Nursing*. 21(2): 256-265.
- NOLAN, M., *et al.* (2006). Transitions in care homes: towards relationship-centred care using the 'Senses Framework'. *Quality in Ageing – Policy, practice and research*. 7(3): 5-14.
- NOLAN, M.; DELLASEGA, C. (2000). 'I really feel I've let him down': supporting family carers during long-term care placement for elders. *Journal of Advanced Nursing*. 31(4): 759-767.
- NOLAN, M.; GRANT, G. (1989). Addressing the needs of informal carers: a neglected area of nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 14(11): 950-961.
- O' LEARY, A. (1992). Self efficacy and health: Behavioural and stress-physiological mediation. *Cognitive. Therapy And Research*. 16(2): 229-245.
- OLIVEIRA, J. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto, Livpsic - Edições de Psicologia.
- OLIVEIRA, J. (2012). *Psicologia do idoso. Temas complementares*. Porto, Livpsic - Edições de Psicologia.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Portugal, Ordem dos Enfermeiros.
- OREM, D. (1991). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona, Mason.
- OREM, D. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermaria en la pratica*. Barcelona, Masson-Salvat.
- OREM, D. (1995). *Nursing: concepts of practice*. St. Louis, Mosby.
- OREM, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. London, Mosby.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2006). *Constituição da Organização Mundial de Saúde Basic Documents*, Organização Mundial de Saúde. Supplement, October 2006.
- OSÓRIO, A.; PINTO, F. (2007). *As pessoas idosas. Contexto social e intervenção educativa*. Lisboa, Instituto Piaget.
- PADILHA, J. (2006). Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa: conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios da saúde. Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- PAIVA e SILVA, A. (2006). *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa de mudança*. Coimbra, Formasau.
- PAIVA e SILVA, A. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 55(1-2): 11-20.
- PAJARES, F.; OLAZ, F. (2008). Teoria social cognitiva e auto-eficácia: uma visão geral. In *Teoria social cognitiva: conceitos básicos*. BANDURA, A.; POLYDORO, S. Porto Alegre, Artmed: 97-114.
- PATERSON, B. (2001). The shifting perspectives model of chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*. 33(1): 21-26.

- PAÚL, C.; FONSECA, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa, CLIMPSI Editores.
- PEREIRA, F. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra, Formasau.
- PEREIRA, M.; ALMEIDA, P. (2004). Auto-eficácia na diabetes: Conceito e validação da escala. *Análise Psicológica*. 22(3): 585-595.
- PESTANA, M.; GAGEIRO, J. (2000). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS*. Lisboa, Edições Sílabo.
- PESTANA, M.; GAGEIRO, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais – a complementaridade do SPSS*. 5.^a Ed. Lisboa, Edições Sílabo.
- PETRONILHO, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra, Formasau.
- PETRONILHO, F. (2012). *Autocuidado - conceito central da enfermagem*. Coimbra, Formasau.
- PIMENTEL, L. (2005). *O lugar do idoso na família - contextos e trajectórias*. Coimbra, Quarteto.
- PIMENTEL, L. (2013). *Filho és, pai serás... Cuidar de pessoas idosas em contexto familiar*. Lisboa.
- PIMENTEL, L.; ALBUQUERQUE, C. (2010). Solidariedades Familiares e o Apoio a Idosos. Limites e Implicações. *Textos & Contextos* (Porto Alegre). 9(2): 251-263.
- PINTO, A., et al. (2010). Acolher em casa o utente dependente com afecção neurocirúrgica: vivências da família/pessoa significativa. *Revista Investigação em Enfermagem*. 69-81.
- POLIT, D.; BECK, C. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. Porto Alegre, Artmed.
- POLIT, D., et al. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre, Artmed
- POLIT, D., et al. (2006). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre, Artmed.
- POLIT, D.; HUNGLER, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- PRADO, P.; PETRILLI, F. (2002). Causas da inserção de idosos em instituição asilar. Rio de Janeiro: *Revista de Enfermagem*. 6(1), 135-143.
- QUEIRÓS, C. (2012). *Avaliação da percepção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados que tomam conta de familiares dependentes no autocuidado: estudo exploratório no concelho do Porto*. Mestrado em Enfermagem Avançada. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica, Porto.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências*. Lisboa, Gradiva.
- RABELO, D.; CARDOSO, C. (2007). Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. *Psico-USF*. 12(1): 75-81.
- REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (2010). RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Ministério da Saúde.
- RIBEIRO, A. et al. (2008). A influência das quedas na qualidade de vida dos idosos. *Ciência e Saúde Coletiva*. 13(4): 1265-1273.
- RITTMAN, M., et al. (2004). The experience of time in the transition from hospital to home following stroke. *Journal of Rehabilitation Research & Development*. 41(3A): 259-268.

RODGERS, V.; NEVILLE, S. (2007). Personal autonomy for older people living in residential care: an overview. *Nursing Praxis in New Zealand*. 23: 29-36.

RODRIGUES, A., *et al.* (2004). Grounded Theory: problemas de "alicerçagem". Universidade de Coimbra, Coimbra.

RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ, E. *et al.* (2010). Effectiveness of an intervention in groups of family caregivers of dependent patients for their application in primary health centers – Study protocol. *BMC Public Health*. 10:559.

ROMÃO, A., *et al.* (2008). *As necessidades dos cuidadores informais. Estudo na área do envelhecimento*. Lisboa, CmykGloss Impressores.

ROSA, M. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.

SAKELLARIDES, C. (2009). *Novo contrato social da saúde - incluir as pessoas*. Loures, Diário de bordo.

SALDANHA, H. (2009). *Bem viver para bem envelhecer*. Lisboa, LIDEL.

SATOW, R. (2007). *Cuidar dos nossos pais. Fazer o que está certo mesmo quando eles não cuidaram de nós*. Cruz Quebrada, Estrela Polar.

SCHOENMAKERS, B. (2005). *Desenvolvimento de uma Metodologia de Amostragem para Caracterização da Ocupação do Solo de Portugal Continental*. Curso de Mestrado. Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

SCHUMACHER, K. (1995). Family caregiver role acquisition: role-making through situated interaction. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 9: 211-271.

SCHUMACHER, K., *et al.* (2000). Family caregiving skill: development of the concept. *Research in Nursing & Health*. 23(3): 191-203.

SCHUMACHER, K., *et al.* (2008). Effects of caregiving demand, mutuality, and preparedness on family caregiver outcomes during cancer treatment. *Oncology Nursing Forum*. 35(1): 49-56.

SCHUMACHER, K.; MELEIS, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 26(2): 119-127.

SCLIAR, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 17: 29-41.

SEGARIC, C.; HALL, W. (2005). The family theory-practice gap: a matter of clarity? *Nursing Inquiry*. 12(3): 210-218.

SEQUEIRA, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra, Quarteto.

SEQUEIRA, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lousã, LIDEL.

SERNA, E.; SOUZA, R. (2006). Mudança nos papéis sociais: uma consequência do trauma crânio-encefálico para cuidador-familiar. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 14(2): 183-189.

SHYU, Y. (2000a). Patterns of caregiving when family caregivers face competing needs. *Journal of Advanced Nursing*. 31(1): 35-43.

SHYU, Y. (2000b). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*. 32(3): 619-625.

- SILVA, A. (2012). *Avaliação da condição de saúde dos indivíduos dependentes no autocuidado inseridos no seio das famílias clássicas do concelho do Porto*. Mestrado em Enfermagem Avançada. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica, Porto.
- SILVA, A.; GONÇALVES, L. (2010). *Cuidado à pessoa idosa. Estudos no contexto luso-brasileiro*. Porto Alegre, Editora Sulina.
- SILVA, M. (2012). *A crise, a família e a crise da família*. Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- SILVA, M., *et al.* (2006). Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza – Ceará. *Acta paulista de enfermagem*. 19: 201-206
- SILVA, R. (2011). *Dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho do Porto: abordagem exploratória à dimensão do fenómeno*. Mestrado em Enfermagem Avançada. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica, Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- SOUSA, L., *et al.* (2006). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto, Ambar.
- SOUSA, L., *et al.* (2007a). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa, Climpisi
- SOUSA, L., *et al.* (2007b). *Famílias pobres: Desafios à intervenção social*. Lisboa, Climpisi Editores.
- SOUZA, L., *et al.* (2007). Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. *Rev Latino-am Enfermagem*. 15(2): 337-343.
- STOLTZ, P., *et al.* (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home - a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 18(2): 111-119.
- STONE, D., *et al.* (1999). *Introdução à Epidemiologia*. Alfragilde Portugal, McGraw-Hill de Portugal.
- STORCH, H.; ZWIERS, F. W. (2003). *Statistical Analysis in Climate Research*. Cambridge University Press, Cambridge.
- TEJAS, J.; ESTÉVEZ, M. (2007). Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidado en la atención primaria de salud (Spanish). *Reflections of life style and validity of self-care in primary health care*. (English) 23(1): 1-12.
- TELFORD, K., *et al.* (2006). Acceptance and denial: implications for people adapting to chronic illness: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 55(4): 457-464.
- TSAI, S.; WANG, H. (2009). The relationship between caregiver's strain and social support among mothers with intellectually disabled children. *Journal of Clinical Nursing*. 18(4): 539-548.
- TURKMAN, M.; SILVA, G. (2000). *Modelos Lineares Generalizados – da teoria à prática*. Lisboa, Sociedade Portuguesa de Estatística.
- TURNER, B., *et al.* (2010). Caregivers of Adults With Traumatic Brain Injury: The Emotional Impact of Transition From Hospital to Home. *Brain Impairment*. 11: 281-292.
- URIBE, T. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la Salud. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*. 17(2): 109-118.
- VIDAL, P. M. (2005). *Estatística Prática para as Ciências da Saúde*. Lisboa, LIDEL.
- VIEGAS, S.; GOMES, C. (2007). *A identidade na velhice*. Porto, AMBAR.
- VITOR, A., *et al.* (2010) Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Esc. Anna Nery*. 14: 611-616.
- WEMAN, K.; FAGERBERG, I. (2006). Registered nurses working together with family members of older people. *Journal of Clinical Nursing*. 15(3): 281-289.

- WIJNGAART, M., *et al.* (2007). The influence of stressors, appraisal and personal conditions on the burden of spousal caregivers of persons with dementia. *Aging & Mental Health*. 11: 626-636.
- WILSON, V. (2004). Supporting family carers in the community setting. *Nursing Standard*. 18(29): 47-53.
- WINSLOW, B. (1998). Family caregiving and the use of formal community support services: a qualitative case study. *Issues in Mental Health Nursing*. 19(1): 11-27.
- ZAGONEL, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Rev. Latino-am enfermagem*. 7(3): 25-32.

ANEXOS

Anexo 1 – Operacionalização das variáveis

Anexo 2 – Formulário – Parte I (preliminar)

Anexo 3 – Formulário – Parte II (PCD)

Anexo 4 – Formulário – Parte III (PPD)

Anexo 5 – Procedimento de aplicação do formulário

Anexo 6 – Estatística descritiva

Anexo 7 – Estatística “casa-instituição”

Anexo 8 – Estatística “Lisboa-Porto”

Anexo 9 – Estatística inferencial – Two Step Clusters

Anexos

Anexo 1 – Operacionalização das variáveis

Pessoa dependente no autocuidado

Família		
Tipo de família	Qualitativa ordinal	Clássica sem núcleos Clássica com um núcleo Clássica com dois núcleos Clássica com três núcleos
Rendimentos do agregado/mês	Qualitativa ordinal	Até 250 euros De 251 a 500 euros De 501 a 1000 euros De 1001 a 2000 euros De 2001 a 5000 euros Mais de 5000 euros
Número de membros de família	Quantitativa	Número absoluto

Caracterização do familiar prestador de cuidados

Cuidador familiar (FPC)		
Variável	Tipo	Valor
Idade	Quantitativa	Anos completos
Sexo	Qualitativa nominal dicotómica	Feminino/Masculino
Residência	Qualitativa nominal	Freguesias do concelho de Lisboa
Estado Civil	Qualitativa nominal	Solteiro Casado/ União de Facto Viúvo Divorciado
Nacionalidade	Qualitativa nominal dicotómica	Portuguesa/Não portuguesa
Parentesco com o dependente	Qualitativa nominal	Conjuge Pai / Mãe Filho(a) Irmão (ã) Outro parentesco Sem parentesco
Nível de Escolaridade	Qualitativa nominal	Nenhuma 1º Ciclo básico 2º Ciclo básico 3º Ciclo básico Secundário Superior
Profissão*	Qualitativa nominal	Membros das forças armadas ¹ Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa ¹ Especialistas das profissões intelectuais e científicas ¹ Técnicos e profissionais de nível intermédio ¹ Pessoal administrativo e similares ¹ Pessoal dos serviços e vendedores ¹ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca ¹ Operários, artífices e trabalhadores similares ¹ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem ¹ Trabalhadores não qualificados ¹ Doméstico ² Desempregado ² Pensionista/ Reformado ² Estudante ² Outra
Co-Habitação com a pessoa dependente no autocuidado	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não

*Variável sujeita a nova computação **Valor da variável após nova computação simplificada

Caracterização da pessoa dependente no autocuidado

Pessoa Dependente no Autocuidado (PDA)		
Variável	Tipo	Valor
Idade	Quantitativa	Anos completos
Sexo	Qualitativa nominal dicotómica	Feminino/Masculino
Residência	Qualitativa nominal	Freguesias do concelho de Lisboa
Nacionalidade	Qualitativa nominal dicotómica	Portuguesa/Não portuguesa
Estado Civil	Qualitativa nominal	Solteiro Casado/ União de Facto Viúvo Divorciado
Nível de escolaridade	Qualitativa nominal	Nenhuma 1º Ciclo básico 2º Ciclo básico 3º Ciclo básico Secundário Superior
Profissão*	Qualitativa nominal	Membros das forças armadas ¹ Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa ¹ Especialistas das profissões intelectuais e científicas ¹ Técnicos e profissionais de nível intermédio ¹ Pessoal administrativo e similares ¹ Pessoal dos serviços e vendedores ¹ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas ¹ Operários, artífices e trabalhadores similares ¹ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem ¹ Trabalhadores não qualificados ¹ Doméstico ² Desempregado ² Pensionista/ Reformado ² Estudante ² , ou Outra
Situação que originou a Dependência (Envelhecimento; Acidente Doença aguda; Doença crónica; Outra)	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Modo de instalação da dependência	Qualitativa nominal dicotómica	Súbita/Gradual
Tempo de dependência	Quantitativa	Número de Anos ou Meses se inferior a um ano
Consumo de medicamentos	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Variedade de fármacos	Quantitativa	Número absoluto de fármacos diferentes
Fármacos nas tomas/dia	Quantitativa	Número absoluto de fármacos
Internamentos no último ano	Quantitativa	Nenhum Um Dois Três Mais de três (especificar)
Episódio de recursos ao SU, no último ano	Quantitativa	Nenhuma Uma Duas Três Mais de três (especificar)

*Variável sujeita a nova computação **Valor da variável após nova computação simplificada

Alojamento da familiar

Alojamento		
Variável	Tipo	Valor
Edifício de alojamento familiar	Qualitativa nominal	Clássico: moradia Clássico: apartamento Clássico: outro tipo Não clássico
Necessidade de reparações* ** ¹ Grandes ou Muito Grandes; ² Médias; ³ Pequenas ou nenhuma	Qualitativa ordinal	Muito Grandes ¹ Grandes ¹ Médias ² Pequenas ³ Nenhumas ³
Edifício com acessibilidade a PMC	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Alojamento com água canalizada	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Alojamento com instalação de banho ou duche	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Alojamento com aquecimento	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Alojamento com retrete	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Área útil	Quantitativa	Metros quadrados
Número de divisões	Quantitativa	Número absoluto
Número de ocupantes	Quantitativa	Número absoluto

**Variável sujeita a nova computação **Valor da variável após nova computação simplificada*

Dependência no autocuidado

Dependência no Autocuidado		
Variável	Tipo	Valor
Nível de dependência (por domínio do Autocuidado: Alimentar-se; Vestir-se; Arranjar-se; Tomar banho; Virar-se; Usar o sanitário; Elevar-se; Andar; Transferir-se; Usar a cadeira de rodas; Auto-administração da medicação) *	Qualitativa ordinal ** <i>Qualitativa nominal dicotômica</i>	Não participa ¹ Necessita de ajuda de pessoas ¹ Necessita de equipamento ² Independente ² <i>**transformada em ¹0 para: Não participa ou Necessita de ajuda de pessoas ou em ²1 para Necessita de equipamento ou Independente</i>

**Variável sujeita a nova computação **Valor da variável após nova computação simplificada*

Itens da escala da dependência no autocuidado por domínios

Domínio	Item
Alimentar-se	A PDA prepara os alimentos para ingestão A PDA abre recipientes A PDA utiliza utensílios A PDA coloca o alimento nos utensílios A PDA pega no copo ou chávena A PDA leva os alimentos à boca usando os dedos da mão A PDA leva os alimentos à boca com recipiente A PDA leva os alimentos à boca com os utensílios A PDA bebe por copo ou chávena A PDA coloca os alimentos na boca A PDA conclui uma refeição
Andar	A PDA suporta o próprio corpo na posição de pé A PDA deambula com passadas eficazes, diferentes ritmos A PDA sobe e desce degraus A PDA deambula em aclives e declives A PDA percorre distâncias curtas (<100m) A PDA percorre distâncias moderadas (>100m<500m) A PDA percorre longas distâncias (>500m)
Arranjar-se	A PDA penteia ou escova os cabelos A PDA mantém a higiene oral A PDA barbeia-se A PDA aplica maquilhagem A PDA cuida das unhas A PDA usa um espelho A PDA aplica o desodorizante A PDA limpa a área do períneo A PDA limpa as orelhas A PDA mantém o nariz desobstruído e limpo
Tomar Banho	A PDA obtém objetos para o banho A PDA consegue água A PDA abre a torneira A PDA regula a temperatura da água A PDA regula o fluxo da água A PDA lava-se no chuveiro A PDA lava o corpo A PDA seca o corpo
Usar Cadeira de Rodas	A PDA movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas A PDA transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança A PDA manobra a cadeira de rodas em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida
Uso do sanitário	A PDA ocupa e desocupa o sanitário A PDA tira as roupas A PDA posiciona-se na sanita ou na arrastadeira A PDA faz a higiene íntima após urinar ou evacuar A PDA ergue-se da sanita A PDA ajusta as roupas após a higiene íntima
Tomar medicação	A PDA providencia medicamentos A PDA prepara a medicação A PDA toma a medicação
Transferir-se	A PDA transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão A PDA transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama
Vestir-se	A PDA escolhe as roupas A PDA usa cordões para amarrar A PDA usa fechos A PDA calça as meias A PDA descalça as meias A PDA calça os sapatos A PDA descalça os sapatos A PDA retira as roupas da gaveta e do armário A PDA segura as roupas A PDA veste as roupas na parte superior do corpo A PDA veste as roupas na parte inferior do corpo A PDA despe as roupas na parte superior do corpo A PDA despe as roupas na parte inferior do corpo A PDA abotoa as roupas A PDA desabotoa as roupas

Caracterização dos recursos utilizados

Recursos		
Variável	Tipo	Valor
Recursos Necessários	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
Recursos Utilizados	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
Razões da não utilização	Qualitativa nominal	Desconhece funcionamento Desconhece acesso Econômica Não desejado Limitações da residência, Outra

Autoeficácia específica do prestador de cuidados relativa ao exercício do papel

Percepção de Autoeficácia específica do PC relativa ao exercício do papel		
Variável	Tipo	Valor
Percepção de autoeficácia (Por domínio do autocuidado: Tomar banho; Alimentar-se; Vestir-se; Usar o sanitário; Virar-se; Transferir-se; Andar; Auto-administração da medicação)	Qualitativa ordinal	Incompetente Pouco competente Competente Muito competente

Itens da escala da autoeficácia específica do cuidador familiar, por domínios do autocuidado

Domínio	Item	Domínio	Item
Tomar banho	<p>O PC sente-se competente para perceber a necessidade de cuidados de higiene do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para os cuidados de higiene ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares /amigos para lidar com as limitações para tomar banho do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para dar banho ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para pentear o cabelo ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para lavar os dentes ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para cortar as unhas ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para barbear o FDA</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a participar nos cuidados de higiene</p> <p>O PC sente-se competente para avaliar a qualidade dos cuidados prestados ao FDA pelos profissionais da saúde</p> <p>O PC sente-se competente para negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados ao FDA pelos profissionais</p>	Alimentar-se	<p>O PC sente-se competente para perceber a necessidade de dar de comer ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para detectar sinais de desnutrição do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para perceber a necessidade de dar de beber ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para detectar sinais de desidratação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para perceber se que o FDA ingere de forma segura alimentos ou líquidos</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o horário, a forma e o local das refeições do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para as refeições do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para modificar o horário, a forma e o local das refeições do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do FDA para se alimentar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para se alimentar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para se alimentar</p> <p>O PC sente-se competente para dar de comer / beber ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para posicionar o FDA para as refeições</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário, a forma e o local das refeições</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a comer/beber sozinho</p>
Vestir-se e despir-se	<p>O PC sente-se competente para escolher o vestuário do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para perceber se a roupa/calçado do FDA estão adequados à temperatura ambiente</p> <p>O PC sente-se competente para perceber se a roupa e o calçado do FDA estão adequados ao seu tamanho</p> <p>O PC sente-se competente para alterar o vestuário do FDA, relativamente àquilo que é habitual</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para vestir o FDA</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para se vestir</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para se vestir</p> <p>O PC sente-se competente para vestir e calçar o FDA</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o respetivo vestuário e o calçado</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a vestir-se e a calçar-se</p>	Uso do sanitário	<p>O PC sente-se competente para perceber a necessidade de urinar/evacuar do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para detetar se a pele da região perineal do FDA se encontra limpa e seca</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o horário e o local utilizado pelo FDA para urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para cumprir o horário e o local estabelecidos para o FDA urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para modificar o horário e o local utilizado pelo FDA para urinar/evacuar, relativamente àquilo que é habitual</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do FDA para urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para trocar a fralda ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para trocar o coletor urinário</p> <p>O PC sente-se competente para colocar a arrastadeira/urinol ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para lavar a região perineal</p> <p>O PC sente-se competente para colocar o FDA na sanita</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a usar a casa de banho para urinar / evacuar</p>

Domínio Autocuidado	Item	Domínio	Item
Virar-se	<p>O PC sente-se competente para detectar sinais precoces úlcera de pressão no FDA</p> <p>O PC sente-se competente para detectar sinais precoces de rigidez articular no FDA</p> <p>O PC sente-se competente para perceber a necessidade do FDA mudar de posição</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o(s) horário(s) do(s) posicionamentos do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para definir os posicionamentos adequados/inadequados do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para cumprir o(s) horário(s) e os tipo(s) de posicionamento estabelecidos para o FDA</p> <p>O PC sente-se competente para modificar o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamentos do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do FDA para se posicionar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para se posicionar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para se posicionar</p> <p>O PC sente-se competente para posicionar o FDA (para prevenir UP)</p> <p>O PC sente-se competente para executar exercícios articulares ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para massajar os pontos de pressão ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para sentar o FDA</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário e tipos de posicionamentos</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a posicionar-se</p>	Andar	<p>O PC sente-se competente para perceber as dificuldades do FDA na deambulação</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o horário, a duração e o local da deambulação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para cumprir o horário, a duração e o local estabelecidos para o FDA deambular</p> <p>O PC sente-se competente para alterar o horário, a duração e o local da deambulação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para o FDA andar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para andar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para andar</p> <p>O PC sente-se competente para assistir o FDA a andar</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local da deambulação</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a andar</p>
Transferir-se	<p>O PC sente-se competente para perceber as dificuldades do FDA para se transferir</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o horário e a duração do período em que o FDA se transfere da cama para a cadeira e vice-versa</p> <p>O PC sente-se competente para cumprir o horário em que o FDA se transfere da cama para a cadeira e vice-versa</p> <p>O PC sente-se competente para alterar o horário e a duração do período em que o FDA se transfere da cama para a cadeira e vice-versa</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para o FDA se transferir</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para se transferir</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para se transferir</p> <p>O PC sente-se competente para transferir o FDA da cama para a cadeira e vice-versa</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário e a duração da transferência</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a transferir-se</p>	Tomar a medicação	<p>O PC sente-se competente para supervisionar as tomas de medicação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para detetar efeitos secundários da medicação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para perceber se a medicação do FDA está a produzir os efeitos desejados</p> <p>O PC sente-se competente para definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para cumprir o horário e a dose da medicação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do FDA para tomar a medicação</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para tomar a medicação</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para tomar a medicação</p> <p>O PC sente-se competente para administrar a medicação ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre horário, dose e utilização de medicação em SOS</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a preparar e a tomar a medicação</p>

Itens da escala da autoeficácia específica do cuidador familiar, por domínios de ação

Domínio Ação	Item	Domínio	Item
Monitorizar	<p>O PC sente-se competente para perceber a necessidade de dar de comer ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para detetar sinais de desnutrição do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para as refeições do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para perceber a necessidade de dar de beber ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para detetar sinais de desidratação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para perceber se que o FDA ingere de forma segura alimentos ou líquidos</p> <p>O PC sente-se competente para detetar sinais precoces úlcera de pressão no FDA</p> <p>O PC sente-se competente para detetar sinais precoces de rigidez articular no FDA</p> <p>O PC sente-se competente para perceber a necessidade do FDA mudar de posição</p> <p>O PC sente-se competente para perceber as dificuldades do FDA para se transferir</p> <p>O PC sente-se competente para perceber as dificuldades do FDA na deambulação</p> <p>O PC sente-se competente para perceber se a roupa/calçado do FDA estão adequados à temperatura ambiente</p> <p>O PC sente-se competente para perceber se a roupa e o calçado do FDA estão adequados ao seu tamanho</p> <p>O PC sente-se competente para perceber a necessidade de cuidados de higiene do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para perceber a necessidade urinar/evacuar do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para detetar se a pele da região perineal do FDA se encontra limpa e seca</p> <p>O PC sente-se competente para supervisionar as tomas de medicação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para detetar efeitos secundários da medicação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para perceber se a medicação do FDA está a produzir os efeitos desejados</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o horário, a duração e o local da deambulação do FDA</p>	Trabalhar	<p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a participar nos cuidados de higiene</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local da deambulação</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a andar</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre horário, dose e utilização de medicação em SOS</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a preparar e a tomar a medicação</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário e a duração da transferência</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a transferir-se</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário e tipos dos posicionamentos</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a posicionar-se</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário, a forma e o local das refeições</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a comer/beber sozinho</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o respetivo vestuário e o calçado</p> <p>O PC sente-se competente para promover a participação do FDA nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a usar a casa de banho para urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para incentivar o FDA a vestir-se e a calçar-se</p>
Decidir	<p>O PC sente-se competente para determinar o horário e a duração do período em que o FDA se transfere da cama para a cadeira e vice-versa</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o(s) horário(s) do(s) posicionamentos do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para definir os posicionamentos adequados/inadequados do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para escolher o vestuário do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o horário, a forma e o local das refeições do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para determinar o horário e o local utilizado pelo FDA para urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação</p>	Ajustar	<p>O PC sente-se competente para modificar o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamentos do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para modificar o horário, a forma e o local das refeições do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para alterar o vestuário do FDA, relativamente àquilo que é habitual</p> <p>O PC sente-se competente para modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para alterar o horário e a duração do período em que o FDA se transfere da cama para a cadeira e vice-versa</p> <p>O PC sente-se competente para alterar o horário, a duração e o local da deambulação do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para modificar o horário e o local utilizado pelo FDA para urinar/evacuar, relativamente àquilo que é habitual</p> <p>O PC sente-se competente para ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS</p>

Domínio Ação	Item	Domínio	
Providenciar	<p>O PC sente-se competente para dar banho ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para pentear o cabelo ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para lavar os dentes ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para cortar as unhas ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para barbear o FDA</p> <p>O PC sente-se competente para vestir e calçar o FDA</p> <p>O PC sente-se competente para dar de comer / beber ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para posicionar o FDA para as refeições</p> <p>O PC sente-se competente para posicionar o FDA (para prevenir UP)</p> <p>O PC sente-se competente para executar exercícios articulares ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para massajar os pontos de pressão ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para sentar o FDA</p> <p>O PC sente-se competente para transferir o FDA da cama para a cadeira e vice-versa</p> <p>O PC sente-se competente para administrar a medicação ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para trocar a fralda do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para trocar o coletor urinário do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para colocar a arrastadeira/urinol do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para lavar a região perineal do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para colocar o FDA na sanita</p> <p>O PC sente-se competente para assistir o FDA a andar</p>	Aceder	<p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao FDA</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares /amigos para lidar com as limitações para tomar banho do FDA</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para vestir o FDA</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para se vestir</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para se vestir</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do FDA para se alimentar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para se alimentar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para se alimentar</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do FDA para se posicionar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para se posicionar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para se posicionar</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para o FDA se transferir</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para se transferir</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para se transferir</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para o FDA andar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para andar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para andar</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para o FDA urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para urinar/evacuar</p> <p>O PC sente-se competente para escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do FDA para tomar a medicação</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do FDA para tomar a medicação</p> <p>O PC sente-se competente para garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do FDA para tomar a medicação</p>
Negociar	<p>O PC sente-se competente para avaliar a qualidade dos cuidados prestados ao FDA pelos profissionais da saúde</p> <p>O PC sente-se competente para negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados ao FDA pelos profissionais</p>		

Caracterização dos cuidados prestados

Cuidados Prestados		
Variável	Tipo	Valor
Intensidade dos cuidados (por Autocuidado: Alimentar-se; Vestir-se; Arranjar-se; Tomar banho; Virar-se; Usar o sanitário; Auto-elevar-se; Andar; Transferir-se; Usar a cadeira de rodas; Auto-administração da medicação)	Qualitativa ordinal	Muito Reduzida Reduzida Moderada Elevada
Incentivo à autonomia nos cuidados (por Autocuidado: Alimentar-se; Vestir-se; Arranjar-se; Tomar banho; Virar-se; Usar o sanitário; Auto-elevar-se; Andar; Transferir-se; Usar a cadeira de rodas; Auto-administração da medicação)	Qualitativa ordinal	Nunca Às vezes Sempre

Distribuição dos itens relativos à caracterização dos cuidados prestados

Cuidados			
Domínio	Item	Tipo	Valor
Tomar banho	Frequência com que o PC dá banho ao FDA	QT	N.º de vezes por semana*
	Frequência com que o PC lava as mãos e a cara ao FDA	QT	N.º de vezes por dia*
	Frequência com que o PC lava o cabelo ao FDA	QT	N.º de vezes por semana*
	Local em que, normalmente, o PC dá banho ao FDA	QN	Cama; Chuveiro/banheira; outro
	Pessoa que decide a frequência/local do banho ao FDA	QN	FDA; FPC; enfermeiro; outro
	O PC incentiva o FDA a lavar as zonas do corpo de que é capaz	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
Vestir	Pessoa que escolhe a roupa que o FDA vai vestir	QN	FDA; FPC; outro
	O PC incentiva o FDA a vestir-se e calçar-se sozinho	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC veste/despe a roupa da parte superior do corpo ao FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC veste/despe a roupa da parte inferior do corpo ao FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC abotoa/desabotoa a roupa ao FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC calça/descalça o FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC procede a ajustes no vestuário do FDA em função de alterações da temperatura	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC veste roupa adequada à condição antropométrica/dependência do FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
Arranjar	Frequência com que o PC arranja as unhas ao FDA	QT	N.º de vezes por mês*
	Frequência com que o PC penteia o cabelo do FDA	QT	N.º de vezes por dia*
	Frequência com que o PC corta/apara a barba ao FDA	QT	N.º de vezes por semana*
	Frequência com que o PC aplica maquilhagem ao FDA	QT	N.º de vezes por mês*
	Frequência com que o PC aplica cremes hidratantes ao FDA	QT	N.º de vezes por semana*
	Frequência com que o PC aplica desodorizantes/perfumes ao FDA	QT	N.º de vezes por semana*
	Frequência com que o PC limpa os ouvidos ao FDA	QT	N.º de vezes por semana*
	Frequência com que o PC lava os dentes ao FDA	QT	N.º de vezes por dia*
Alimentar	Número de refeições que o PC fornece ao FDA	QT	N.º de vezes por dia*
	Pessoa que decide a frequência/composição/local das refeições do FDA	QN	FDA; FPC; enfermeiro; serviço de refeições ao domicílio; outro
	Local em que o FDA faz as suas refeições	QN	Cama; sala jantar; cozinha; outro
	O PC incentiva o FDA a comer sozinho	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC dá os alimentos à boca ao FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
Usar o sanitário	Local em que, normalmente, o FDA evacua	QN	Fralda; arrastadeira; sanita; outro
	Local em que, normalmente, o FDA urina	QN	Fralda; arrastadeira; sanita; outro
	Pessoa que decide onde o FDA vai urinar / evacuar	QN	FDA; FPC; outro
	O PC lava os genitais ao FDA depois das micções/dejeções	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC posiciona o FDA no sanitário	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC incentiva o FDA a utilizar o sanitário	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
Elevar	Frequência com que o PC senta o FDA	QT	N.º de vezes por dia*
	O PC incentiva o FDA a levantar-se (por de pé)	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC incentiva o FDA a sentar-se	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	Frequência com que o PC levanta (por de pé) o FDA	QT	N.º de vezes por dia*
Virar	Frequência com que o PC posiciona o FDA na cama/cadeira	QT	N.º de vezes por dia*
	Pessoa que decide o horário da mudança de posição e a posição a adotar pelo FDA	QN	FDA; FPC; outro
	O PC incentiva o FDA a posicionar-se	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC, nas mudanças de posição do FDA, adota os decúbitos laterais	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
Transferir	Frequência com que o PC transfere o FDA da cama para a cadeira/cadeirão	QT	N.º de vezes por dia*
	Pessoa que decide transferir o FDA da cama para a cadeira/cadeirão	QN	FDA; FPC; enfermeiro; outro
	O PC incentiva o FDA a participar na transferência da cama para a cadeira/cadeirão	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
Usar a Cadeira de Rodas	Frequência com que o PC movimenta o FDA na cadeira de rodas	QT	N.º de vezes por dia*
	Frequência com que o PC leva o FDA a passear/sair de casa, na cadeira de rodas	QT	N.º de vezes por mês*
	Pessoa que decide a utilização da cadeira de rodas pelo FDA	QN	FDA; FPC; enfermeiro; outro
	O PC incentiva o FDA a utilizar sozinho a cadeira de rodas	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
Andar	Frequência com que o PC assiste o FDA na deambulação	QT	N.º de vezes por dia*
	O PC incentiva o FDA a deambular sozinho	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	Pessoa que decide os períodos /locais de deambulação do FDA	QN	FDA; FPC; enfermeiro; outro

Cuidados			
Domínio	Item	Tipo	Valor
Administrar medicação	O PC procede a ajustes (de acordo com indicação médica) de horário/dose de algum medicamento do FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC costuma esquecer-se da dose/administração de algum medicamento do FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC costuma proceder a alteração (à revelia da indicação médica) do horário/dose da medicação do FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC incentiva o FDA a preparar/tomar sozinho os medicamentos	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
Cuidados Complementares	O PC respeita a dieta aconselhada ao FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	Pessoa que decide a dieta do FDA	QN	FDA; FPC; enfermeiro; outro
	O PC procede a ajustes na dieta em função das preferências do FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC costuma proceder a alteração na dieta em função da condição nutricional do FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	Frequência o PC dá água (líquidos) fora das refeições, ao FDA	QT	N.º de vezes por dia*
	O PC incentiva o FDA a beber água (líquidos) fora das refeições ao FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC costuma incluir na dieta do FDA frutas/legumes	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC costuma utilizar espessantes/gelatinas quando o FDA tem dificuldade em deglutir	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC leva o FDA ao sanitário, pelo menos uma vez por dia, mesmo que não tenha vontade de evacuar	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC costuma fazer a pesquisa de fealomas ao FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	Frequência com que o PC inspeciona a pele do períneo do FDA	QT	N.º de vezes por dia*
	Frequência com que o PC inspeciona as zonas de proeminências ósseas do FDA	QT	N.º de vezes por dia*
	Frequência com que o PC massaja a pele das proeminências ósseas do FDA	QT	N.º de vezes por dia*
	Frequência com que o PC realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores do FDA	QT	N.º de vezes por dia*
	Frequência com que o PC realiza exercícios/mobiliza os membros superiores do FDA	QT	N.º de vezes por dia*
	Frequência com que o PC desenvolve atividades estimulantes da memória com o FDA	QT	N.º de vezes por semana*
	O PC costuma utilizar equipamentos de prevenção de quedas do FDA	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC incentiva o FDA a tossir quando se apercebe que ele tem secreções	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC costuma aspirar as secreções quando o FDA não as consegue eliminar	QO	Sempre; Às vezes; Nunca
	O PC costuma solicitar a intervenção de um profissional da saúde quando o estado de saúde do FDA se altera	QO	Sempre; Às vezes; Nunca

Legenda: QT – Quantitativa; QN – Qualitativa Nominal; QND – Qualitativa Nominal Dicotómica; QO – Qualitativa Ordinal

*Valor sujeito a nova computação

Valores atribuídos às variáveis sujeitas a nova computação relativos aos cuidados prestados

Cuidados	
Valor da variável	Novo valor da variável
Nº de refeições dia	Até 4 refeições/dia Mais de 4 refeições dia
N.º de vezes por dia	Até 1 vez/dia Mais que 1 vez/dia
Arranja as unhas/mês	Até 2 vezes/mês Mais que 2 vezes/mês
Penteia/dia	Até 1 vez/dia Mais que 1 vez/dia
Barbeia/semana	Até 3 vezes/semana Mais que 3 vezes/semana
Maquilha/mês	Maquilha Não Maquilha
Dá banho/semana	Até 3 vezes/semana Mais que 3 vezes/semana
Lava as mãos e a cara/dia	Até 2 vezes/dia Mais que 2 vezes/dia
Lava o cabelo/semana	Até 2 vezes/semana Mais que 2 vezes/semana
Inspeciona as zonas de proeminências ósseas/dia	Até 1 vez/dia Mais que 1 vez/dia
Mobiliza os membros inferiores/dia	Não mobiliza Mobiliza
Mobiliza os membros superiores/dia	Não mobiliza Mobiliza
Massaja as zonas de proeminências ósseas/dia	Até 1 vez/dia Mais que 1 vez/dia
Estimula a memória/semana	Não estimula Estimula
Dá água fora das refeições/dia	Até 3 vezes/dia Mais que 3 vezes/dia
Inspeciona a pele do períneo/dia	Até 1 vez/dia Mais que 1 vez/dia
Movimenta na cadeira de rodas/dia	Até 1 vez/dia Mais que 1 vez/dia
Levar a passear na cadeira de rodas/dia	Não leva Leva
Senta o doente/dia	Até 3 vezes/dia Mais que 3 vezes/dia
Levanta o doente/dia	Até 1 vez/dia Mais que 1 vez/dia
Aplica cremes hidratantes/semana	Até 4 vezes/semana Mais que 4 vezes/semana
Aplica desodorizante/semana	Até 2 vezes/semana Mais que 2 vezes/semana
Limpa os ouvidos/semana	Até 2 vezes/semana Mais que 2 vezes/semana
Lava os dentes/dia	Até 1 vez/dia Mais que 1 vez/dia
Posiciona/dia	Até 2 vezes/dia Mais que 2 vezes/dia
Transfere da cama/dia	Até 2 vezes/dia Mais que 2 vezes/dia

Condição de saúde

Condição de Saúde da Pessoa Dependente no Autocuidado		
Variável	Tipo	Valor
Condição de Saúde (Presença de sinais aparentes de: Desidratação; Desnutrição; Rigidez articular; Compromisso respiratório; Compromisso da integridade cutânea; Condição de higiene e asseio deficiente; Condição de vestuário deficiente; Alteração do estado mental)	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não

Caracterização da condição de saúde da pessoa com dependência no autocuidado

Especificação da Variável	Item	Tipo	Valor
Hidratação	Sinais aparentes de desidratação	QND	Sim/Não
	Olhos encovados	QND	Sim/Não
	Pele seca	QND	Sim/Não
	Mucosas secas	QND	Sim/Não
Nutrição	Sinais aparentes de desnutrição	QND	Sim/Não
	Magreza excessiva	QND	Sim/Não
	Obesidade mórbida	QND	Sim/Não
	Índice de Massa Corporal	Quantitativa	Kg/m ²
	Perda de peso nos últimos três meses	QND	Sim/Não
Anquilose	Comprometimento da amplitude articular	QND	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação cotovelo Dto	QND	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação cotovelo Edo	QND	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação punho Dto	QND	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação punho Edo	QND	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação anca Dta	QND	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação anca Edo	QND	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação joelho Dto	QND	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação joelho Edo	QND	Sim/Não
	Comprometimento da amplitude da articulação tornozelo Dto (pé equino)	QND	Sim/Não
Integridade Cutânea	Comprometimento da amplitude da articulação tornozelo Edo (pé equino)	QND	Sim/Não
	Pele comprometida	QND	Sim/Não
	Número de úlceras de pressão	QND	Sim/Não
	Úlcera de pressão na região sagrada	QND	Sim/Não
	Úlcera de pressão no trocânter	QND	Sim/Não
	Úlcera de pressão no maléolo	QND	Sim/Não
	Úlcera de pressão no calcâneo	QND	Sim/Não
	Úlcera de pressão noutro local	QND	Sim/Não
	Feridas não tratadas / não cuidadas	QND	Sim/Não
	Eritema da fralda	QND	Sim/Não
Eliminação	Número dejeções	Quantitativa	Número
Respiração	Comprometimento da limpeza das vias aéreas	QND	Sim/Não
	Acumulação de secreções traqueobrônquicas	QND	Sim/Não
	Ruídos respiratórios anormais	QND	Sim/Não
	Aumento frequência respiratória	QND	Sim/Não
	Deglutição comprometida	QND	Sim/Não
Higiene e Asseio	Condição de higiene e asseio	QND	Sim/Não
	Odores corporais	QND	Sim/Não
	Unhas sujas	QND	Sim/Não
	Má higiene oral	QND	Sim/Não
	Secreções oculares	QND	Sim/Não
	Secreções auditivas	QND	Sim/Não
	Secreções nasais	QND	Sim/Não
	Sujidade corporal visível	QND	Sim/Não
Vestuário	Má condição vestuário	QND	Sim/Não
	Roupa suja	QND	Sim/Não
	Roupa desabotoada	QND	Sim/Não
	Roupa inadequada à temperatura ambiente	QND	Sim/Não
	Roupa inadequada à condição antropométrica	QND	Sim/Não
	Roupa inadequada à condição de dependência	QND	Sim/Não
Quedas	Número de quedas no último mês	Quantitativa	Número*
Estado Mental	Sabe em que mês está	QND	Sim/Não
	Sabe em que terra vive	QND	Sim/Não
	Repete três palavras	QND	Sim/Não
	Faz cálculos simples	QND	Sim/Não
	Identifica objetos comuns	QND	Sim/Não

Legenda: QND – Qualitativa Nominal Dicotómica

*Valor sujeito a nova computação, do tipo QND, Sim quando se registou pelo menos 1 e Não se não houve registo de queda no último mês.

Caracterização do familiar de parente institucionalizado

Familiar de Parente Institucionalizado		
Variável	Tipo	Valor
Frequência das visitas	Qualitativa ordinal	Pelo menos uma vez por semana Pelo menos uma vez por mês Pelo menos uma vez por ano Nunca
Grau de satisfação com a instituição (qualidade do serviço, condição de saúde, Condições hoteleiras, recursos humanos, organização e funcionamento, participação nas decisões, informação disponibilizada)	Qualitativa ordinal	Insatisfeito Pouco satisfeito Medianamente satisfeito Muito satisfeito
Deseja ter a PI no seu domicílio	Qualitativa nominal dicotômica	Sim/Não
Tipos de apoio necessários para acolher a PI no domicílio	Qualitativa nominal	Apoio financeiro Apoio das equipas de saúde Apoio dos serviços sociais Apoio dos familiares, amigos e vizinhos Horário flexível no emprego Alterações na estrutura da casa Outro
Em situação de dependência qual seria a opção	Qualitativa nominal	Ser institucionalizado Ficar com a família, mesmo mudando de residência Ficar em casa, desde que tenha condições Ficar em casa em quaisquer condições
Proximidade e intensidade da relação com a PI	Qualitativa ordinal	Má Fraca Razoável Boa Muito Boa

Caracterização da pessoa institucionalizada

Pessoa Institucionalizada		
Variável	Tipo	Valor
Idade	Quantitativa	Anos completos
Sexo	Qualitativa nominal dicotómica	Feminino/Masculino
Residência	Qualitativa nominal	Concelho de Portugal
Nacionalidade	Qualitativa nominal	Portuguesa/ Não portuguesa
Estado Civil	Qualitativa nominal	Solteiro Casado/ União de Facto Viúvo Divorciado
Nível de escolaridade	Qualitativa nominal	Nenhuma 1º Ciclo básico 2º Ciclo básico 3º Ciclo básico Secundário Superior
Profissão* **Transformada em: ¹ “com ocupação profissional” e ² “sem ocupação profissional”	Qualitativa nominal	Membros das forças armadas ¹ Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa ¹ Especialistas das profissões intelectuais e científicas ¹ Técnicos e profissionais de nível intermédio ¹ Pessoal administrativo e similares ¹ Pessoal dos serviços e vendedores ¹ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas ¹ Operários, artífices e trabalhadores similares ¹ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem ¹ Trabalhadores não qualificados ¹ Doméstico ² Desempregado ² Pensionista/ Reformado ² Estudante ² Outra
Tempo de institucionalização	Quantitativa	N.º de Anos/ Meses se inferior a um ano
Concelho da instituição	Qualitativa nominal	Concelhos de Portugal
Tipo de instituição	Qualitativa nominal	Lar Unidade de Cuidados Continuados Família de acolhimento
Pagamento das despesas à instituição	Qualitativa nominal	Estado Comparticipado (Estado/privado) Privado Outro
Familiar coabitava com a FDAI	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Coabitação da FDAI	Qualitativa nominal	Sozinho Familiar Outro
Dependência da FDAI atualmente	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Situação que originou a Dependência (Envelhecimento; Acidente Doença aguda; Doença crónica; Outra)	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Modo de instalação da dependência	Qualitativa nominal dicotómica	Súbita/Gradual
Tempo de dependência	Quantitativa	N.º de Anos /Meses se inferior a um ano
Atividades em que era mais notória a dependência (Alimentar-se; Vestir-se; Arranjar-se; Cuidar da higiene pessoal; Tomar banho; Virar-se; Usar o sanitário; Auto elevar-se; Andar; Transferir-se; Usar a cadeira de rodas; Autoadministração da medicação)	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não

**Variável sujeita a nova computação **Valor da variável após nova computação simplificada*

Caracterização da decisão de institucionalizar, motivos da institucionalização, estratégias utilizadas no processo de institucionalização

Decisão de Institucionalizar, motivos da institucionalização, estratégias utilizadas no processo de institucionalização		
Variável	Tipo	Valor
Decisão de Institucionalizar	Qualitativa nominal	Família (conjunto) Um membro da família Familiar institucionalizado Serviços sociais/saúde
Motivos da institucionalização (Dependência; Déficit de apoio formal; Déficit de apoio informal; Condições económicas; Condições de habitação; Alteração da vida social; Falta de tempo; Outro)	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Estratégias utilizadas no processo de institucionalização (Visitas frequentes; Visitas prévias à instituição; Personalização do espaço; Períodos no domicílio; Integração faseada; Outro)	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Pessoa Institucionalizada foi contrariada	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Tempo entre a decisão e a institucionalização	Quantitativa	Número de Anos ou Meses se inferior a um ano

Anexos

Anexo 2 – Formulário – Parte I (preliminar)

CODIFICAÇÃO:

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

PARTE I - INQUÉRITO PRELIMINAR / CARACTERIZAÇÃO

INQUÉRITO PRELIMINAR

Aceita responder ao inquérito preliminar? ☐ Sim ☐ Não

Se não, porque:

☐ Não quer ☐ Não reside ☐ Não pode ☐ Não tem tempo ☐ Outro

Vive alguém que precise de ajuda - não esperada para a idade - de outras pessoas para o autocuidado (tomar banho, andar, comer, vestir)?

☐ Sim ☐ Não

Vive alguém que precise de ajuda/apoio de algum tipo de equipamento para o autocuidado (bengala, barras de apoio)?

☐ Sim ☐ Não

Tem algum familiar directo internado num lar ou noutra instituição de saúde?

☐ Sim ☐ NãoAceita responder ao inquérito? ☐ Sim ☐ Não

Se não, porque:

☐ Não quer ☐ Não reside ☐ Não pode ☐ Não tem tempo ☐ Outro

ALOJAMENTO

Edifício de alojamento familiar

- ☐ Clássico: moradia
☐ Clássico: apartamento
☐ Clássico: outro tipo
☐ Não clássico (barraca, móvel, improvisado)

Necessidade de reparações (estrutura, cobertura, paredes, caixilharia)

- ☐ Muito grandes ☐ Grandes ☐ Médias ☐ Pequenas ☐ Nenhumas

Edifício com acessibilidade a PMC? ☐ Sim ☐ NãoÁrea útil m²N.º divisões N.º ocupantes

Alojamento com:

Sim Não

☐ ☐ Retrete☐ ☐ Água canalizada

Sim Não

☐ ☐ Instalação de banho ou duche☐ ☐ Aquecimento

FAMÍLIA

Tipo de família

- ☐ Clássica sem núcleos
☐ Clássica com um núcleo
☐ Clássica com dois núcleos
☐ Clássica com três núcleos

Número de membros da família

Rendimentos do agregado / mês

- ☐ Até 250 euros
☐ De 251 a 500 euros
☐ De 501 a 1000 euros
☐ De 1000 a 2000 euros
☐ De 2001 a 5000 euros
☐ Mais de 5000 euros

PRESTADOR DE CUIDADOS / PARENTE DE DEPENDENTE INSTITUCIONALIZADO**Perfil 1**

☐ Prestador de cuidados ☐ Parente dependente institucionalizado ☐ Prestador de cuidados e Parente dependente institucionalizado

Coabita com o dependente? ☐ Sim ☐ Não

Sexo

☐ M ☐ F

Idade

--	--

Estado civil

- ☐ Casado/ União de facto
☐ Solteiro
☐ Viúvo
☐ Divorciado

Nacionalidade

- ☐ Portuguesa
☐ Não portuguesa (especificar)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nível de escolaridade

- ☐ Nenhum
☐ Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)
☐ Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)
☐ Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)
☐ Ensino secundário (11 ou 12 anos)
☐ Ensino superior

Parentesco

- ☐ Marido / Esposa
☐ Pai/Mãe
☐ Filho/Filha
☐ Irmão/Irmã
☐ Afinidade (nora; padasto; cunhado)
☐ Sem grau de parentesco
☐ Outra

Profissão

- ☐ Membros das forças armadas
☐ Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa
☐ Especialistas das profissões intelectuais e científicas
☐ Técnicos e profissionais de nível intermédio
☐ Pessoal administrativo e similares
☐ Pessoal dos serviços e vendedores
☐ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas
☐ Operários, artifices e trabalhadores similares
☐ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
☐ Trabalhadores não qualificados
☐ Doméstico
☐ Desempregado
☐ Pensionista / Reformado
☐ Estudante
☐ Outra

Perfil 2

☐ Prestador de cuidados ☐ Parente dependente institucionalizado ☐ Prestador de cuidados e Parente dependente institucionalizado

Coabita com o dependente? ☐ Sim ☐ Não

Sexo

☐ M ☐ F

Idade

--	--

Estado civil

- ☐ Casado/ União de facto
☐ Solteiro
☐ Viúvo
☐ Divorciado

Nacionalidade

- ☐ Portuguesa
☐ Não portuguesa (especificar)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nível de escolaridade

- ☐ Nenhum
☐ Ensino básico - 1.º ciclo
☐ Ensino básico - 2.º ciclo
☐ Ensino básico - 3.º ciclo
☐ Ensino secundário
☐ Ensino superior

Parentesco

- ☐ Marido / Esposa
☐ Pai/Mãe
☐ Filho/Filha
☐ Irmão/Irmã
☐ Afinidade (nora; padasto; cunhado)
☐ Sem grau de parentesco
☐ Outra

Profissão

- ☐ Membros das forças armadas
☐ Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa
☐ Especialistas das profissões intelectuais e científicas
☐ Técnicos e profissionais de nível intermédio
☐ Pessoal administrativo e similares
☐ Pessoal dos serviços e vendedores
☐ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas
☐ Operários, artifices e trabalhadores similares
☐ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
☐ Trabalhadores não qualificados
☐ Doméstico
☐ Desempregado
☐ Pensionista / Reformado
☐ Estudante
☐ Outra

Anexos

Anexo 3 – Formulário – Parte II (PCD)

CODIFICAÇÃO:

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

PARTE II - FORMULÁRIO PCD

PESSOA DEPENDENTE

Sexo

- ☐ M
☐ F

Idade

Estado civil

- ☐ Casado/ União de facto
☐ Solteiro
☐ Viúvo
☐ Divorciado

Nacionalidade

- ☐ Portuguesa
☐ Não portuguesa (especificar)

Profissão

- ☐ Membros das forças armadas
☐ Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa
☐ Especialistas das profissões intelectuais e científicas
☐ Técnicos e profissionais de nível intermédio
☐ Pessoal administrativo e similares
☐ Pessoal dos serviços e vendedores
☐ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas
☐ Operários, artífices e trabalhadores similares
☐ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
☐ Trabalhadores não qualificados
☐ Doméstico
☐ Desempregado
☐ Pensionista / Reformado
☐ Estudante
☐ Outra

Nível de escolaridade

- ☐ Nenhum
☐ Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)
☐ Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)
☐ Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)
☐ Ensino secundário (11 ou 12 anos)
☐ Ensino superior

Situação que originou a dependência

Sim Não

- ☐ ☐ Envelhecimento
☐ ☐ Acidente
☐ ☐ Doença aguda
☐ ☐ Doença crónica
☐ ☐ Outra

Instalação da dependência

- ☐ Súbita
☐ Gradual

Tempo de dependência

 Anos Meses

Consumo medicamentos

- ☐ Não
☐ Sim

Variedades de fármacos (n.º)

Internamentos no último ano

- ☐ Nenhum
☐ Um
☐ Dois
☐ Três
☐ Mais de três (especificar)

Episódios de recursos ao SU, no último ano

- ☐ Nenhuma
☐ Uma
☐ Duas
☐ Três
☐ Mais de três (especificar)

Número de fármacos nas tomas/dia

AUTOCUIDADO: Tomar banho

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Obtém objectos para o banho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consegue água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abre a torneira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regula a temperatura da água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regula o fluxo da água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lava-se no chuveiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lava o corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seca o corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17099

Com que frequência dá banho ao seu familiar? vezes / semana

Com que frequência lava as mãos e a cara ao seu familiar? vezes / dia

Com que frequência lava o cabelo ao seu familiar? vezes / semana

Normalmente, em que local dá banho ao seu familiar?

- ☐ Na cama
☐ No chuveiro/banheira
☐ Noutro local

Quem decide a frequência/local do banho?

- ☐ O dependente
☐ O prestador de cuidados
☐ O enfermeiro
☐ Outro

Incentiva o seu familiar a lavar as zonas do corpo de que é capaz?

- ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Assento suspenso para banheira

Necessário (juízo do enfermeiro)

- ☐ S ☐ N

Utilizado

- ☐ S ☐ N

Desejado

- ☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Barras de apoio para banho

Necessário (juízo do enfermeiro)

- ☐ S ☐ N

Utilizado

- ☐ S ☐ N

Desejado

- ☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Cadeira de banho (fixa/ giratória)

Necessário (juízo do enfermeiro)

- ☐ S ☐ N

Utilizado

- ☐ S ☐ N

Desejado

- ☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Cadeira higiénica

Necessário (juízo do enfermeiro)

- ☐ S ☐ N

Utilizado

- ☐ S ☐ N

Desejado

- ☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Elevador de banheira

Necessário (juízo do enfermeiro)

- ☐ S ☐ N

Utilizado

- ☐ S ☐ N

Desejado

- ☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Lava cabeças para acamados

Necessário (juízo do enfermeiro)

- ☐ S ☐ N

Utilizado

- ☐ S ☐ N

Desejado

- ☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Antiderrapante

Necessário (juízo do enfermeiro)

- ☐ S ☐ N

Utilizado

- ☐ S ☐ N

Desejado

- ☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Para:

Sente-se:

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber a necessidade de cuidados de higiene do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para os cuidados de higiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações para tomar banho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dar banho ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pentear o cabelo ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavar os dentes ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cortar as unhas ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barbear o seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a participar nos cuidados de higiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUTOCUIDADO: Vestir-se e despir-se

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Escolhe as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retira as roupas da gaveta e do armário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Segura as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste as roupas na parte superior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste as roupas na parte inferior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Despe as roupas na parte superior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Despe as roupas na parte inferior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abotoa as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desabotoa as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa cordões para amarrar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa fechos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça as meias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descalça as meias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça os sapatos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descalça os sapatos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quem escolhe a roupa que o seu familiar vai vestir?

☐ Dependente
 ☐ Prestador de cuidados
 ☐ Outro



17099

	Nunca	Às vezes	Sempre
Incentiva o seu familiar a vestir-se e calçar-se sozinho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste/despe a roupa da parte superior do corpo ao seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste/despe a roupa da parte inferior do corpo ao seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abotoa/desabotoa a roupa ao seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça/descalça o seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procede a ajustes no vestuário do seu familiar em função de alterações da temperatura?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste roupa adequada à condição antropométrica/dependência do seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abotoador**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização**☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N
☐ Económica
☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
☐ Desconhecimento da forma de funcionamento
☐ Limitações da residência
☐ Outro
Calça meias/tira meias**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização**☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N
☐ Económica
☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
☐ Desconhecimento da forma de funcionamento
☐ Limitações da residência
☐ Outro
Calçadeira de cabo longo**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização**☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N
☐ Económica
☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
☐ Desconhecimento da forma de funcionamento
☐ Limitações da residência
☐ Outro
Cordões elásticos**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização**☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N
☐ Económica
☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
☐ Desconhecimento da forma de funcionamento
☐ Limitações da residência
☐ Outro
Extensões para fechos de correr**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização**☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N
☐ Económica
☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
☐ Desconhecimento da forma de funcionamento
☐ Limitações da residência
☐ Outro
Para:**Sente-se:**

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber se a roupa / calçado do seu familiar estão adequados à temp. ambiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber se a roupa e o calçado do seu familiar estão adequados ao seu tamanho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher o vestuário do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o vestuário do seu familiar, relativamente àquilo que é habitual (p.ex em função da temperatura ambiente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para vestir o seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vestir e calçar o seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o respectivo vestuário e o calçado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a vestir-se e a calçar-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**AUTOCUIDADO: Arranjar-se**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Penteia ou escova os cabelos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barbeia-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplica maquilhagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuida das unhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa um espelho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplica o desodorizante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpa a área do períneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpa as orelhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém o nariz desobstruído e limpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém a higiene oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência arranja as unhas ao seu familiar? vezes / mês

Com que frequência penteia o cabelo ao seu familiar? vezes / dia

Com que frequência corta/apara a barba ao seu familiar? vezes / semana

Com que frequência aplica maquilhagem ao seu familiar? vezes / mês

Com que frequência aplica cremes hidratantes ao seu familiar? vezes / semana

Com que frequência aplica desodorizantes/perfumes ao seu familiar? vezes / semana

Com que frequência limpa os ouvidos ao seu familiar? vezes / semana

Com que frequência lava os dentes ao seu familiar? vezes / dia

Pente de cabo longo**Razão da não utilização**

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Espelho inclinável**Razão da não utilização**

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N



17099

AUTOCUIDADO: Alimentar-se

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Prepara os alimentos para ingestão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abre recipientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utiliza utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coloca o alimento nos utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pega no copo ou chávena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca com recipiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca com os utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebe por copo ou chávena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coloca os alimentos na boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conclui uma refeição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quantas refeições fornece ao seu familiar? vezes / dia

Quem decide a frequência/composição/local das refeições?

- ☐ O dependente
☐ O prestador de cuidados
☐ O enfermeiro
☐ Serviço de refeições ao domicílio
☐ Outro

Normalmente, em que local o seu familiar faz as refeições?

- ☐ Na cama
☐ Na sala de jantar/cozinha
☐ Outro

Incentiva o seu familiar a comer sozinho? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ NuncaDá os alimentos à boca ao seu familiar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca**Abridor de frascos**

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Adaptador de talheres

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Babete

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Copo adaptado

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Garfo flexível

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

- ☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro



17099

Mesa de comer na cama**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N**Razão da não utilização**☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Rebordo para prato****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N**Razão da não utilização**☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Suporte de copos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N**Razão da não utilização**☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Suporte de palhinha para copo****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N**Razão da não utilização**☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Para:****Sente-se:**

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber a necessidade de dar de comer ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar sinais de desnutrição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para as refeições do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber a necessidade de dar de beber ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar sinais de desidratação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber se a pessoa ingere de forma segura alimentos ou líquidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário, a forma e o local das refeições do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dar de comer / beber ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posicionar o seu familiar para as refeições	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a comer/beber sozinho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUTOCUIDADO: Uso do sanitário

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Ocupa e desocupa o sanitário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tira as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergue-se da sanita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajusta as roupas após a higiene íntima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Normalmente, em que local o seu familiar evacua?

☐ Fralda ☐ Arrastadeira ☐ Sanita ☐ Outro

Normalmente, em que local o seu familiar urina?

☐ Fralda ☐ Arrastadeira ☐ Sanita ☐ Outro

Quem decide onde o seu familiar vai urinar / evacuar?

☐ Dependente ☐ Prestador de cuidados ☐ Outro

Lava os genitais ao seu familiar depois das micções/dejecções? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Posiciona o seu familiar no sanitário? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Incentiva o seu familiar a utilizar o sanitário? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Alteador de sanita

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Arrastadeira

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Barra de apoio de sanitário

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Cadeira sanitária

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Cueca impermeável

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Colector urinário

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Fralda

Necessário (juízo do enfermeiro)
☐ S ☐ N

Utilizado
☐ S ☐ N

Desejado
☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica
 ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
 ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento
 ☐ Limitações da residência
 ☐ Outro

Penso absorvente para incontinência

Necessário (juízo do enfermeiro)
☐ S ☐ N

Utilizado
☐ S ☐ N

Desejado
☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica
 ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
 ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento
 ☐ Limitações da residência
 ☐ Outro

Penso higiénico

Necessário (juízo do enfermeiro)
☐ S ☐ N

Utilizado
☐ S ☐ N

Desejado
☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica
 ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
 ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento
 ☐ Limitações da residência
 ☐ Outro

Resguardo

Necessário (juízo do enfermeiro)
☐ S ☐ N

Utilizado
☐ S ☐ N

Desejado
☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica
 ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
 ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento
 ☐ Limitações da residência
 ☐ Outro

Saco de colostomia/ileostomia/urina

Necessário (juízo do enfermeiro)
☐ S ☐ N

Utilizado
☐ S ☐ N

Desejado
☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica
 ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
 ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento
 ☐ Limitações da residência
 ☐ Outro

Urinol

Necessário (juízo do enfermeiro)
☐ S ☐ N

Utilizado
☐ S ☐ N

Desejado
☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica
 ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
 ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento
 ☐ Limitações da residência
 ☐ Outro

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber a necessidade da pessoa urinar/evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar se a pele da região perineal se encontra limpa e seca		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário e o local estabelecidos para o seu familiar urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/ evacuar, relativamente àquilo que é habitual		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para urinar / evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar / evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trocar a fralda ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trocar o colector urinário ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocar a arrastadeira/urinol ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavar a região perineal ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocar o seu familiar na sanita		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a usar a casa de banho para urinar / evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUTOCUIDADO: Elevar-se

Levantar parte do corpo

☐ Dependente não participa ☐ Necessita de ajuda de pessoa ☐ Necessita de equipamento ☐ Completamente independente

Com que frequência senta o seu familiar? vezes / dia

Incentiva o seu familiar a levantar-se (por de pé)? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Incentiva o seu familiar a sentar-se? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Com que frequência levanta (por de pé) o seu familiar? vezes / dia

Almofada elevatória

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Apoio de cabeça anatómico

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Apoio de pés

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Barras paralelas e apoios da posição de pé

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

AUTOCUIDADO: Virar-se

Mover o corpo, virando-o de um lado para o outro

☐ Dependente não participa ☐ Necessita de ajuda de pessoa ☐ Necessita de equipamento ☐ Completamente independente

Com que frequência posiciona o seu familiar na cama/cadeira? vezes / dia

Quem decide o horário da mudança de posição e a posição a adoptar?

☐ O dependente
☐ O prestador de cuidados
☐ O enfermeiro
☐ Outro

Incentiva o seu familiar a posicionar-se? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Nas mudanças de posição adopta os decúbitos laterais? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Grades de apoio / segurança

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

☐ Desconhecimento da forma de funcionamento

☐ Limitações da residência

☐ Outro

Colchão anti-úlceras de pressão

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

☐ Desconhecimento da forma de funcionamento

☐ Limitações da residência

☐ Outro

Cotoveleira

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

☐ Desconhecimento da forma de funcionamento

☐ Limitações da residência

☐ Outro

Coxim

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

☐ Desconhecimento da forma de funcionamento

☐ Limitações da residência

☐ Outro

Transfer de cama (dispositivo para posicionar)

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

☐ Desconhecimento da forma de funcionamento

☐ Limitações da residência

☐ Outro

Imobilizador abdominal

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

☐ Desconhecimento da forma de funcionamento

☐ Limitações da residência

☐ Outro

Luva de imobilização

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

☐ Desconhecimento da forma de funcionamento

☐ Limitações da residência

☐ Outro

Posicionador de perna e pés

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

☐ Desconhecimento da forma de funcionamento

☐ Limitações da residência

☐ Outro

Suporte para as costas

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

☐ Desconhecimento da forma de funcionamento

☐ Limitações da residência

☐ Outro

Dispositivo de prevenção de pé equino

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

☐ Desconhecimento da forma de funcionamento

☐ Limitações da residência

☐ Outro

17099

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Detectar sinais precoces úlcera de pressão (rubor não branqueável sobre as proeminências ósseas)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar sinais precoces de rigidez articular		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber a necessidade do seu familiar mudar de posição		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o(s) horário(s) do(s) posicionamentos		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definir os posicionamentos adequados/inadequados		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o(s) horário(s) e os tipo(s) de posicionamento estabelecidos para o seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamentos		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posicionar o seu familiar (para prevenir UP)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Executar exercícios articulares ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massajar os pontos de pressão ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentar o seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamentos		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a posicionar-se		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUTOCUIDADO: Transferir-se

Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão

☐ Dependente não participa ☐ Necessita de ajuda de pessoa ☐ Necessita de equipamento ☐ Completamente independente

Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama

☐ Dependente não participa ☐ Necessita de ajuda de pessoa ☐ Necessita de equipamento ☐ Completamente independente

Com que frequência transfere o seu familiar da cama para a cadeira/ cadeirão? vezes / dia

Quem decide transferir o seu familiar da cama para a cadeira/ cadeirão?

☐ O dependente ☐ O prestador de cuidados ☐ O enfermeiro ☐ Outro

Incentiva o seu familiar a participar na transferência da cama para a cadeira/ cadeirão? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Barra de apoio

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Cabeceira e pés da cama amovíveis

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Cama articulada

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Elevador de transferência

Razão da não utilização

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

17099

Transfer leito-cadeira**Razão da não utilização**

☐ Económica
 ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
 ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento
 ☐ Limitações da residência
 ☐ Outro

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Disco de rotação**Razão da não utilização**

☐ Económica
 ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
 ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento
 ☐ Limitações da residência
 ☐ Outro

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Para:**Sente-se:**

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber as dificuldades do seu familiar para se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transferir o seu familiar da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e a duração da transferência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a transferir-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUTOCUIDADO: Usar cadeira de rodas

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência movimenta o seu familiar na cadeira de rodas? vezes / dia

Com que frequência leva o seu familiar a passear/sair de casa, na cadeira de rodas? vezes / mês

Quem decide a utilização da cadeira de rodas?

☐ O dependente
 ☐ O prestador de cuidados
 ☐ O enfermeiro
 ☐ Outro

Incentiva o seu familiar a utilizar sozinho a cadeira de rodas? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Rampa**Razão da não utilização**

☐ Económica
 ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
 ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento
 ☐ Limitações da residência
 ☐ Outro

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Rodas anti-queda**Razão da não utilização**

☐ Económica
 ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
 ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento
 ☐ Limitações da residência
 ☐ Outro

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Plataforma vertical para cadeiras de rodas**Razão da não utilização**

☐ Económica
 ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
 ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento
 ☐ Limitações da residência
 ☐ Outro

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N



17099

AUTOCUIDADO: Andar

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Suporta o próprio corpo na posição de pé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deambula com passadas eficazes, a diferentes ritmos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sobe e desce degraus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deambula em aclives e declives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percorre distâncias curtas (<100m)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percorre distâncias moderadas (>100m<500m)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percorre longas distâncias (>500m)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência assiste o seu familiar na deambulação? vezes / diaIncentiva o seu familiar a deambular sozinho? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Quem decide os períodos / locais de deambulação?

☐ O dependente ☐ O prestador de cuidados ☐ O enfermeiro ☐ Outro**Andarilho****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Bengala****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Canadiana(s)****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro**Prótese****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber as dificuldades do seu familiar na deambulação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário, a duração e o local estabelecidos para o seu familiar deambular		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar andar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para andar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para andar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistir o seu familiar a andar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local da deambulação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a andar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUTOCUIDADO: Tomar medicação

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Providencia medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prepara a medicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toma a medicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Procede a ajustes (de acordo com indicação médica) de horário/dose de algum medicamento? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Costuma esquecer-se da dose/administração de algum medicamento? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Costuma proceder a alteração (à revelia da indicação médica) do horário/dose da medicação? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Incentiva o seu familiar a preparar/tomar sozinho os medicamentos? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Aparelho para tensão arterial**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização**☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Aspirador de secreções**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização**☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Caixa de comprimidos**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização**☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Caneta de insulina**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização**☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Corta comprimidos**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização**☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Máquina de pesquisas de glicemia capilar**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização**☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Nebulizador**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização**☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Oxigenoterapia**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização**☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Termómetro (para registo de temperatura)**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização**☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

Triturador de comprimidos**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização**☐ S ☐ N☐ S ☐ N☐ S ☐ N

☐ Económica ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento ☐ Limitações da residência ☐ Outro

17099

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Supervisar as tomas de medicação do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar efeitos secundários da medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber se a medicação está a produzir os efeitos desejados		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definir o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS					
Definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação / efeito secundário da medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário e a dose da medicação do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administrar a medicação ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre horário, dose e utilização de medicação em SOS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a preparar e a tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CUIDADOS COMPLEMENTARES

Respeita a dieta aconselhada ao seu familiar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Quem decide a dieta do seu familiar?

☐ O dependente ☐ O prestador de cuidados ☐ O enfermeiro ☐ Outro

Procede a ajustes na dieta em função das preferências? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Costuma proceder a alteração na dieta em função da condição nutricional do seu familiar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Com que frequência dá água (líquidos) fora das refeições, ao seu familiar? vezes / dia

Incentiva o seu familiar a beber água (líquidos) fora das refeições ao seu familiar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Costuma incluir na dieta do seu familiar frutas/legumes? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Costuma utilizar espessantes/gelatinas quando o seu familiar tem dificuldade em deglutir? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Leva o seu familiar ao sanitário, pelo menos uma vez por dia, mesmo que não tenha vontade de evacuar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Costuma fazer a pesquisa de fecalomas? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Com que frequência inspecciona a pele do períneo do seu familiar? vezes / dia

Com que frequência inspecciona as zonas de proeminências ósseas do seu familiar? vezes / dia

Com que frequência massaja a pele das proeminências ósseas do seu familiar? vezes / dia

Com que frequência realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores do seu familiar? vezes / dia

Com que frequência realiza exercícios/mobiliza os membros superiores do seu familiar? vezes / dia

Com que frequência desenvolve actividades estimulantes da memória com o seu familiar? vezes / semana

Costuma utilizar equipamentos de prevenção de quedas (grades, tapetes antiderrapantes,...)? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Incentiva o seu familiar a tossir quando se apercebe que ele tem secreções? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Costuma aspirar as secreções quando o seu familiar não as consegue eliminar? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

Costuma solicitar a intervenção de um profissional da saúde quando o estado de saúde do seu familiar se altera?

☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca

RECURSOS COMPLEMENTARES

Dispositivo de chamada

Razão da não utilização

☐ Económica
 ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
 ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento
 ☐ Limitações da residência
 ☐ Outro

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Material de instrução e aprendizagem

Razão da não utilização

☐ Económica
 ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
 ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento
 ☐ Limitações da residência
 ☐ Outro

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Prótese auditiva

Razão da não utilização

☐ Económica
 ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
 ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento
 ☐ Limitações da residência
 ☐ Outro

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Telefone / telemóvel

Razão da não utilização

☐ Económica
 ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
 ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento
 ☐ Limitações da residência
 ☐ Outro

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Pinça para alcançar objectos

Razão da não utilização

☐ Económica
 ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
 ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento
 ☐ Limitações da residência
 ☐ Outro

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Suporte para cartas

Razão da não utilização

☐ Económica
 ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
 ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento
 ☐ Limitações da residência
 ☐ Outro

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Enfia agulhas

Razão da não utilização

☐ Económica
 ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
 ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento
 ☐ Limitações da residência
 ☐ Outro

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Outro 1 (especificar)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica
 ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
 ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento
 ☐ Limitações da residência
 ☐ Outro

Outro 2 (especificar)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Necessário (juízo do enfermeiro)

☐ S ☐ N

Utilizado

☐ S ☐ N

Desejado

☐ S ☐ N

Razão da não utilização

☐ Económica
 ☐ Desconhecimento da forma de aceder ao recurso
 ☐ Desconhecimento da forma de funcionamento
 ☐ Limitações da residência
 ☐ Outro

OUTROS RECURSOS

	Sim	Não		Sim	Não
Assistente Social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermeiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nutricionista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fisioterapeuta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Psicólogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Recursos não profissionais

☐ Familiar ☐ Vizinho ☐ Amigo ☐ Empregada ☐ Outro

Serviços de:

Sim	Não
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Acompanhamento do dependente em casa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Cuidados de higiene e conforto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Cabeleireiro, manicure e esteticista
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Apoio no tratamento da roupa do dependente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Confeção de refeições e apoio durante as mesmas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Aconselhamento e instalação dos equipamentos adequados
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Apoio na compra de medicamentos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Apoio na compra de artigos alimentares
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Acompanhamento do dependente ao exterior (consultas, saídas ocasionais)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Acompanhamento em actividades lúdicas e recreativas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Hospital
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Tele-assistência
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 112 INEM
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar
<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Linha Saúde 24

Recursos financeiros (principais fontes de rendimento)

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimento do trabalho
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimentos da propriedade e da empresa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Subsídio de desemprego
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Subsídio temporário por acidente de trab. ou dça profissional
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outros subsídios temporários
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimento social de inserção
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pensão / Reforma
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A cargo da família
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio social
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Programa conforto habitacional para idosos (PCHI)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimento solidário para idosos (RSI)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Complemento de dependência
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Esmolas / donativos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outra situação

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

☐ Sim ☐ Não

☐ Sinais aparentes de desidratação
☐ Olhos encovados
☐ Pele seca
☐ Mucosas secas
☐ Sinais aparentes de desnutrição
☐ Magreza excessiva?
☐ Obesidade mórbida?

IMC

Que peso perdeu nos últimos três meses? Kg

☐ Comprometimento da amplitude articular
☐ Articulação Cotovelo Dto
☐ Articulação Cotovelo Edo
☐ Articulação punho Dto
☐ Articulação punho Edo
☐ Articulação anca Dto
☐ Articulação anca Edo
☐ Articulação joelho Dto
☐ Articulação joelho Edo
☐ Articulação tornozelo Dto (pé equino)
☐ Articulação tornozelo Edo (pé equino)
☐ Pele comprometida

Número de úlceras de pressão

Localização úlceras

☐ Região sagrada
☐ Trocanter
☐ Maléolo
☐ Calcaneos
☐ Outra

☐ Feridas não tratadas / não cuidadas
☐ Eritema da fralda

N.º de dejeções vezes / semana

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Comprometimento da limpeza das vias aéreas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acumulação de secreções traqueobrônquicas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ruídos respiratórios anormais (roncos e crepitações)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aumento frequência respiratória
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deglutição comprometida
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: má condição de higiene e asseio
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: odores corporais
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: unhas sujas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: má higiene oral
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Secreções oculares
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Secreções auditivas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Secreções nasais
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sujidade corporal visível
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: má condição vestuário
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa suja
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa desabotoada
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa inadequada à temperatura ambiente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa inadequada à condição antropométrica
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa inadequada à condição de dependência

N.º de quedas no último mês

--	--

Estado mental

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sabe em que mês está?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sabe em que terra vive?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Repete três palavras (Pêra, Gato e Bola)?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Faz cálculos simples
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Identifica objectos comuns (relógio)

Anexos

Anexo 4 – Formulário – Parte III (PPD)



29522

1 / 2

CODIFICAÇÃO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

PARTE III - FORMULÁRIO PPD

PARENTE INSTITUCIONALIZADO

Sexo

- ☐ M
☐ F

Idade

--	--	--	--

Estado civil

- ☐ Casado/ União de facto
☐ Solteiro
☐ Viúvo
☐ Divorciado

Profissão

- ☐ Membros das forças armadas
☐ Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa
☐ Especialistas das profissões intelectuais e científicas
☐ Técnicos e profissionais de nível intermédio
☐ Pessoal administrativo e similares
☐ Pessoal dos serviços e vendedores
☐ Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas
☐ Operários, artífices e trabalhadores similares
☐ Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
☐ Trabalhadores não qualificados
☐ Doméstico
☐ Desempregado
☐ Pensionista / Reformado
☐ Estudante
☐ Outra

Nacionalidade

- ☐ Portuguesa
☐ Não portuguesa (especificar)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nível de escolaridade

- ☐ Nenhum
☐ Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)
☐ Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)
☐ Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)
☐ Ensino secundário (11 ou 12 anos)
☐ Ensino superior

Há quanto tempo está institucionalizado?

--	--	--	--

 Anos

--	--	--	--

 Meses**Concelho em que está localizada a instituição**

☐ Lx / P ☐ Outro (especificar)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Em que tipo de instituição

- ☐ Lar ☐ Unidade de Cuidados Continuados ☐ Família de acolhimento ☐ Outro

Quem suporta as despesas da institucionalização?

- ☐ Estado ☐ Comparticipado (Estado privado) ☐ Privado ☐ Outro

Antes de ser institucionalizado, o seu familiar coabitava consigo ☐ Sim ☐ Não

Se não, com quem morava

- ☐ Sozinho ☐ Com familiares ☐ Outra

Em que concelho morava

☐ Lx / P ☐ Outro (especificar)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Actualmente, o seu familiar institucionalizado encontra-se dependente ☐ S ☐ N

Considera que a institucionalização do seu familiar esteve relacionada com alguma situação de dependência? ☐ S ☐ N

Se sim, concretizou-se quando a dependência... ☐ Surgiu ☐ Aumentou

Motivos que determinaram a institucionalização

- | Sim | Não | | Sim | Não | |
|-----------------------|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Fraco nível de apoio de redes formais (equipe de saúde; ss; vd) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Condições de habitação inadequadas (não adaptada ao estado de saúde) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Fraco nível de apoio de redes informais (familiares, vizinhos) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Alterações da vida social (não fazer actividades que sempre efectuou) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Condições económicas limitadas (não suporta os custos) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Pouco tempo disponível (emprego, resolução de outros problemas) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Outro | | | |

Situação que originou a dependência

- | Sim | Não | |
|-----------------------|-----------------------|----------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Envelhecimento |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Acidente |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Doença aguda |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Doença crónica |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Outra |

Instalação da dependência

- ☐ Súbita
☐ Gradual

Tempo de dependência

--	--	--	--

 Anos

--	--	--	--

 Meses**Actividades em que era mais notória a dependência**

- | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Não | | | | |
|-----------------------|-----------------------|--------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Alimentar-se | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Cuidar da higiene pessoal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Usar o sanitário | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Transferir-se |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Vestir-se | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Tomar banho | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Auto-elevar-se | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Usar a cadeira de rodas |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Arranjar-se | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Virar-se | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Andar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Auto administração da medicação |



29522

Depois da decisão de institucionalizar o seu familiar, quanto tempo decorreu até à sua concretização?
 Anos Meses

Quem teve mais influência na decisão de institucionalizar o seu familiar?

- ☐ Família (no conjunto)
☐ Um membro da familiar
☐ O familiar institucionalizado
☐ Indicação de serviços de saúde/sociais
☐ Outra (especificar)

Razões da escolha da instituição

- Sim Não
☐ ☐ Económicas
☐ ☐ Proximidade do domicílio
☐ ☐ Qualidade dos serviços prestados
☐ ☐ Outra

O dependente foi contrariado ☐ S ☐ N

A que estratégias recorreu para facilitar a integração do seu familiar na instituição em que ele se encontra?

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| Sim | Não | | Sim | Não |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Visitar com o familiar a instituição antes da institucionalização | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Integração faseada (primeiro as refeições; posteriormente já passava lá o dia todo e finalmente já morava lá por completo) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Outro | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Globalmente, qual o seu grau de satisfação com:

	Insatisfeito	Pouco satisfeito	Medianamente satisfeito	Muito satisfeito
A qualidade do serviço da instituição onde o seu familiar se encontra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A condição de saúde e bem-estar do familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As condições hoteleiras da instituição (instalações, equipamentos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A qualificação dos recursos humanos da instituição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A organização e funcionamento da instituição (atendimento, acessibilidade, visitas, informações)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu nível de participação nas decisões relativas aos cuidados prestados ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A informação que lhe vai sendo disponibilizada pela instituição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência vai à instituição onde se encontra o seu familiar?

- ☐ Pelo menos uma vez por semana ☐ Pelo menos uma vez por mês ☐ Pelo menos uma vez por ano ☐ Nunca

Deseja poder ter o seu familiar a viver consigo ☐ S ☐ N

Que tipos de apoio ou alterações considera fundamentais para que tal possa ser possível?

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sim | Não | | Sim | Não |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Apoio financeiro | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Apoio das equipas de saúde | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Apoio dos serviços sociais | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Outro | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Se ficasse dependente, e tivesse possibilidade de escolher, optaria por:

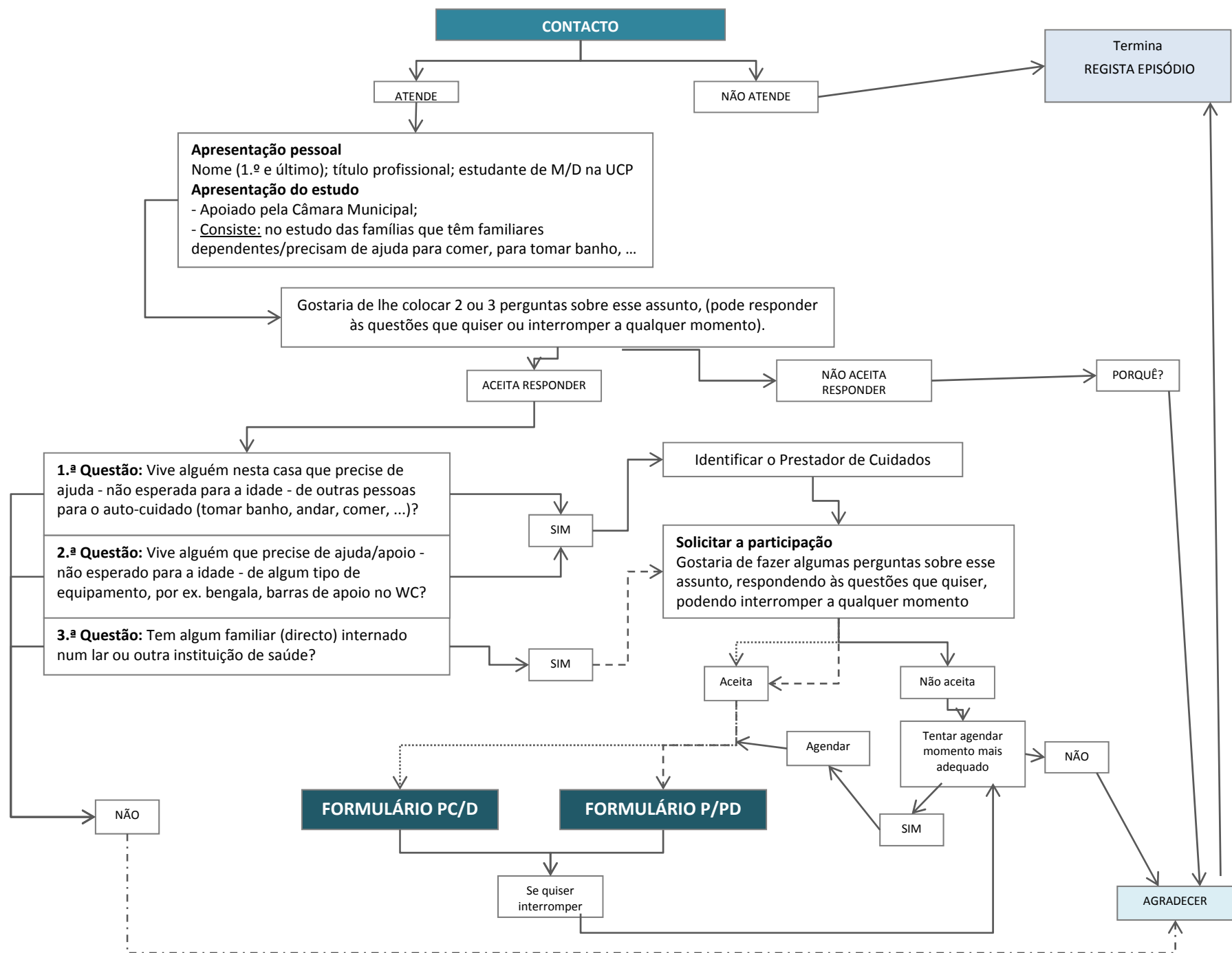
- ☐ Ser institucionalizado
☐ Ficar com a minha família, mesmo que tenha de mudar de residência
☐ Ficar na minha casa, desde que tenha condições
☐ Ficar em minha casa em quaisquer condições

Globalmente, qualifique a relação que tem com o seu familiar institucionalizado em termos de proximidade e intensidade:

- ☐ Má ☐ Fraca ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa

Anexos

Anexo 5 – Procedimento de aplicação do formulário



Anexos

Anexo 6 – Estadística descriptiva

Freguesia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Aldoar	6	3,7	3,7	3,7
Bonfim	17	10,5	10,5	14,2
Campanhã	25	15,4	15,4	29,6
Cedofeita	14	8,6	8,6	38,3
Foz do Douro	2	1,2	1,2	39,5
Lordelo do Ouro	16	9,9	9,9	49,4
Massarelos	6	3,7	3,7	53,1
Miragaia	3	1,9	1,9	54,9
Paranhos	31	19,1	19,1	74,1
Ramalde	22	13,6	13,6	87,7
Santo Ildefonso	10	6,2	6,2	93,8
São Nicolau	4	2,5	2,5	96,3
Sé	5	3,1	3,1	99,4
Vitória	1	,6	,6	100,0
Total	162	100,0	100,0	

Agrupamento de freguesias

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Cidade Velha	13	8,0	8,0	8,0
Cidade Central	47	29,0	29,0	37,0
Cidade Nova Marginal	102	63,0	63,0	100,0
Total	162	100,0	100,0	

ACES - Porto

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ACES - Porto Ocidental	73	45,1	45,1	45,1
ACES - Porto Oriental	89	54,9	54,9	100,0
Total	162	100,0	100,0	

Tipo de família do DF

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Clássica sem núcleos ou com um núcleo	153	94,4	95,0	95,0
Clássica com dois ou mais núcleos	8	4,9	5,0	100,0
Total	161	99,4	100,0	
Missing System	1	,6		
Total	162	100,0		

Número de membros da família do DF

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	25	15,3	15,9	15,9
2,00	46	28,2	29,3	45,2
3,00	37	22,7	23,6	68,8
4,00	25	15,3	15,9	84,7
5,00	12	7,4	7,6	92,4
6,00	3	1,8	1,9	94,3
7,00	7	4,3	4,5	98,7
8,00	1	,6	,6	99,4
9,00	1	,6	,6	100,0
Total	157	96,3	100,0	
Missing System	6	3,7		
Total	163	100,0		

Rendimentos/mês do agregado familiar do DF

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 250 €	7	4,3	6,3	6,3
	De 251€ a 500€	29	17,9	25,9	32,1
	De 501€ a 1000€	39	24,1	34,8	67,0
	1001€ a 2000€	26	16,0	23,2	90,2
	De 2001€ a 5000€	11	6,8	9,8	100,0
	Total	112	69,1	100,0	
Missing	System	50	30,9		
Total		162	100,0		

Necessidade de reparações no alojamento do DF

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Grandes ou muito grandes	20	12,3	14,7	14,7
	Médias	40	24,7	29,4	44,1
	Pequenas ou nenhuma	76	46,9	55,9	100,0
	Total	136	84,0	100,0	
Missing	System	26	16,0		
Total		162	100,0		

Idade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-65	19	11,7	11,7	11,7
	65-80	54	33,3	33,3	45,1
	> 80	89	54,9	54,9	100,0
	Total	162	100,0	100,0	

Modo de instalação da dependência (DF)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Gradual	109	67,3	70,8	70,8
	Súbita	45	27,8	29,2	100,0
	Total	154	95,1	100,0	
Missing	System	8	4,9		
Total		162	100,0		

Estado civil (DF)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Casado / união de facto	51	31,5	32,3	32,3
	Divorciado	3	1,9	1,9	34,2
	Solteiro	22	13,6	13,9	48,1
	Viúvo	82	50,6	51,9	100,0
	Total	158	97,5	100,0	
Missing	System	4	2,5		
Total		162	100,0		

Nível de escolaridade (DF)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nenhum	61	37,7	40,4	40,4
	Ens. básico - 1.º ciclo	70	43,2	46,4	86,8
	Ens. básico - 2.º ciclo	4	2,5	2,6	89,4
	Ens. básico - 3.º ciclo	4	2,5	2,6	92,1
	Ens. secundário	7	4,3	4,6	96,7
	Ens. superior	5	3,1	3,3	100,0
	Total	151	93,2	100,0	
Missing	System	11	6,8		
Total		162	100,0		

Profissão (DF)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem ocupação profissional	140	86,4	92,1	92,1
	Com ocupação profissional	12	7,4	7,9	100,0
	Total	152	93,8	100,0	
Missing	System	10	6,2		
Total		162	100,0		

Sexo (DF)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	112	69,1	69,1	69,1
	Masculino	50	30,9	30,9	100,0
	Total	162	100,0	100,0	

Idade (PC)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-65	94	58,0	70,1	70,1
	65-80	28	17,3	20,9	91,0
	> 80	12	7,4	9,0	100,0
	Total	134	82,7	100,0	
Missing	System	28	17,3		
Total		162	100,0		

Parentesco (PC)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Marido / esposa	33	20,4	24,1	24,1
	Pai / mãe	6	3,7	4,4	28,5
	Filho / filha	56	34,6	40,9	69,3
	Irmão / irmã	10	6,2	7,3	76,6
	Afinidade	13	8,0	9,5	86,1
	Outro	10	6,2	7,3	93,4
	Sem grau de parentesco	9	5,6	6,6	100,0
	Total	137	84,6	100,0	
Missing	System	25	15,4		
Total		162	100,0		

Estado civil (PC)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Casado / união de facto	102	63,0	76,1	76,1
	Divorciado	6	3,7	4,5	80,6
	Solteiro	23	14,2	17,2	97,8
	Viúvo	3	1,9	2,2	100,0
	Total	134	82,7	100,0	
Missing	System	28	17,3		
Total		162	100,0		

Nível de escolaridade (PC)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nenhum	12	7,4	9,0	9,0
	Ens. básico - 1.º ciclo	64	39,5	48,1	57,1
	Ens. básico - 2.º ciclo	10	6,2	7,5	64,7
	Ens. básico - 3.º ciclo	16	9,9	12,0	76,7
	Ens. secundário	15	9,3	11,3	88,0
	Ens. superior	16	9,9	12,0	100,0
	Total	133	82,1	100,0	
Missing	System	29	17,9		
Total		162	100,0		

Profissão (PC)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem ocupação profissional	48	29,6	34,8	34,8
	Com ocupação profissional	90	55,6	65,2	100,0
	Total	138	85,2	100,0	
Missing	System	24	14,8		
Total		162	100,0		

Sexo (PC)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	114	70,4	83,2	83,2
	Masculino	23	14,2	16,8	100,0
	Total	137	84,6	100,0	
Missing	System	25	15,4		
Total		162	100,0		

O PC coabita com o DF

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	23	14,2	20,2	20,2
	Sim	91	56,2	79,8	100,0
	Total	114	70,4	100,0	
Missing	System	48	29,6		
Total		162	100,0		

Alimentar-se

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não participa	22	13,6	13,7	13,7
	Nec. ajuda pessoas	97	59,9	60,2	73,9
	Independente	42	25,9	26,1	100,0
	Total	161	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
Total		162	100,0		

Andar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não participa	24	14,8	14,9	14,9
	Nec. ajuda pessoas	63	38,9	39,1	54,0
	Nec. equipamento	43	26,5	26,7	80,7
	Independente	31	19,1	19,3	100,0
	Total	161	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
Total		162	100,0		

Arranjar-se

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não participa	27	16,7	16,8	16,8
	Nec. ajuda pessoas	90	55,6	55,9	72,7
	Independente	44	27,2	27,3	100,0
	Total	161	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
Total		162	100,0		

Tomar Banho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não participa	47	29,0	29,2	29,2
	Nec. ajuda pessoas	69	42,6	42,9	72,0
	Nec. equipamento	2	1,2	1,2	73,3
	Independente	43	26,5	26,7	100,0
	Total	161	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
Total		162	100,0		

Usar a Cadeira de Rodas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não participa	16	9,9	72,7	72,7
	Nec. ajuda pessoas	5	3,1	22,7	95,5
	Nec. equipamento	1	,6	4,5	100,0
	Total	22	13,6	100,0	
Missing	System	140	86,4		
Total		162	100,0		

Uso do Sanitario

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não participa	30	18,5	18,6	18,6
	Nec. ajuda pessoas	43	26,5	26,7	45,3
	Nec. equipamento	4	2,5	2,5	47,8
	Independente	84	51,9	52,2	100,0
	Total	161	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
Total		162	100,0		

Tomar a Medicacao

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não participa	35	21,6	21,7	21,7
	Nec. ajuda pessoas	74	45,7	46,0	67,7
	Nec. equipamento	2	1,2	1,2	68,9
	Independente	50	30,9	31,1	100,0
	Total	161	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
Total		162	100,0		

Transferir-se

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não participa	27	16,7	16,8	16,8
	Nec. ajuda pessoas	24	14,8	14,9	31,7
	Nec. equipamento	19	11,7	11,8	43,5
	Independente	91	56,2	56,5	100,0
	Total	161	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
Total		162	100,0		

Vestir-se

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não participa	40	24,7	24,8	24,8
	Nec. ajuda pessoas	69	42,6	42,9	67,7
	Nec. equipamento	2	1,2	1,2	68,9
	Independente	50	30,9	31,1	100,0
	Total	161	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
Total		162	100,0		

Dependencia2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não participa	7	4,3	4,3	4,3
	Nec. ajuda pessoas	140	86,4	87,0	91,3
	Nec. equipamento	14	8,6	8,7	100,0
	Total	161	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
Total		162	100,0		

Dependencia Ambulatoria

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não participa	15	9,3	9,3	9,3
	Nec. ajuda pessoas	129	79,6	80,1	89,4
	Nec. equipamento	4	2,5	2,5	91,9
	Independente	13	8,0	8,1	100,0
	Total	161	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
Total		162	100,0		

Dependencia Alectoad

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não participa	12	7,4	7,5	7,5
	Nec. ajuda pessoas	84	51,9	52,2	59,6
	Nec. equipamento	40	24,7	24,8	84,5
	Independente	25	15,4	15,5	100,0
	Total	161	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
Total		162	100,0		

Dependência para: levantar-se ou posicionar-se ou transferir-se

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	127	78,4	78,9	78,9
	Não	34	21,0	21,1	100,0
	Total	161	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
Total		162	100,0		

PAE

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pouco competente	4	2,5	3,6	3,6
	Medianamente competente	14	8,6	12,6	16,2
	Muito competente	93	57,4	83,8	100,0
	Total	111	68,5	100,0	
Missing	System	51	31,5		
Total		162	100,0		

Quedas no último mês

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	39	24,1	25,8	25,8
	Não	112	69,1	74,2	100,0
	Total	151	93,2	100,0	
Missing	System	11	6,8		
Total		162	100,0		

Presença de sinais aparentes de compromisso da integridade da pele

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	26	16,0	16,5	16,5
	Não	132	81,5	83,5	100,0
	Total	158	97,5	100,0	
Missing	System	4	2,5		
Total		162	100,0		

Presença de sinais aparentes de desidratação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	23	14,2	17,6	17,6
	Não	108	66,7	82,4	100,0
	Total	131	80,9	100,0	
Missing	System	31	19,1		
Total		162	100,0		

Presença de sinais aparentes de desnutrição

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	7	4,3	5,3	5,3
	Não	125	77,2	94,7	100,0
	Total	132	81,5	100,0	
Missing	System	30	18,5		
Total		162	100,0		

Presença de sinais aparentes de rigidez articular

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	86	53,1	64,2	64,2
	Não	48	29,6	35,8	100,0
	Total	134	82,7	100,0	
Missing	System	28	17,3		
Total		162	100,0		

Presença de sinais aparentes de compromisso respiratório

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	10	6,2	7,6	7,6
	Não	122	75,3	92,4	100,0
	Total	132	81,5	100,0	
Missing	System	30	18,5		
Total		162	100,0		

Presença de sinais condição de higiene e asseio deficiente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	27	16,7	20,5	20,5
	Não	105	64,8	79,5	100,0
	Total	132	81,5	100,0	
Missing	System	30	18,5		
Total		162	100,0		

Presença de sinais condição de vestuário deficiente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	24	14,8	18,2	18,2
	Não	108	66,7	81,8	100,0
	Total	132	81,5	100,0	
Missing	System	30	18,5		
Total		162	100,0		

Presença de sinais de alteração do estado mental

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	47	29,0	31,3	31,3
	Não	103	63,6	68,7	100,0
	Total	150	92,6	100,0	
Missing	System	12	7,4		
Total		162	100,0		

Refeições/dia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 4 refeições/dia	51	31,5	51,0	51,0
	Mais de 4 refeições/dia	49	30,2	49,0	100,0
	Total	100	61,7	100,0	
Missing	System	62	38,3		
Total		162	100,0		

Assiste na deambulação/dia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 1 vez/dia	29	17,9	61,7	61,7
	Mais de 1 vez/dia	18	11,1	38,3	100,0
	Total	47	29,0	100,0	
Missing	System	115	71,0		
Total		162	100,0		

Arranja as unhas/mês

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 2 vezes/mês	53	32,7	56,4	56,4
	Mais de 2 vezes/mês	41	25,3	43,6	100,0
	Total	94	58,0	100,0	
Missing	System	68	42,0		
Total		162	100,0		

Penteia/dia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 1 vez/dia	66	40,7	88,0	88,0
	Mais de 1 vez/dia	9	5,6	12,0	100,0
	Total	75	46,3	100,0	
Missing	System	87	53,7		
Total		162	100,0		

Barbeia/semana

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 3 vezes/semana	18	11,1	64,3	64,3
	Mais de 3 vezes/semana	10	6,2	35,7	100,0
	Total	28	17,3	100,0	
Missing	System	134	82,7		
Total		162	100,0		

Maquilha/mês

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não maquilha	27	16,7	81,8	81,8
	Maquilha	6	3,7	18,2	100,0
	Total	33	20,4	100,0	
Missing	System	129	79,6		
Total		162	100,0		

Dá banho/semana

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 3 vezes/semana	47	29,0	54,0	54,0
	Mais de 3 vezes/semana	40	24,7	46,0	100,0
	Total	87	53,7	100,0	
Missing	System	75	46,3		
Total		162	100,0		

Lava as mãos e a cara/dia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 2 vezes/dia	50	30,9	61,7	61,7
	Mais de 2 vezes/dia	31	19,1	38,3	100,0
	Total	81	50,0	100,0	
Missing	System	81	50,0		
Total		162	100,0		

Lava o cabelo/semana

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 2 vezes/semana	53	32,7	61,6	61,6
	Mais de 2 vezes/semana	33	20,4	38,4	100,0
	Total	86	53,1	100,0	
Missing	System	76	46,9		
Total		162	100,0		

Inspeciona as zonas de proeminências ósseas/dia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 1 vez/dia	52	32,1	85,2	85,2
	Mais de 1 vez/dia	9	5,6	14,8	100,0
	Total	61	37,7	100,0	
Missing	System	101	62,3		
Total		162	100,0		

Mobiliza os membros inferiores/dia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não mobiliza	54	33,3	93,1	93,1
	Mobiliza	4	2,5	6,9	100,0
	Total	58	35,8	100,0	
Missing	System	104	64,2		
Total		162	100,0		

Mobiliza os membros superiores/dia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não mobiliza	51	31,5	89,5	89,5
	Mobiliza	6	3,7	10,5	100,0
	Total	57	35,2	100,0	
Missing	System	105	64,8		
Total		162	100,0		

Massaja as zonas de proeminências ósseas/dia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 1 vez/dia	57	35,2	95,0	95,0
	Mais de 1 vez/dia	3	1,9	5,0	100,0
	Total	60	37,0	100,0	
Missing	System	102	63,0		
Total		162	100,0		

Estimula a memória/semana

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não estimula	39	24,1	72,2	72,2
	Estimula	15	9,3	27,8	100,0
	Total	54	33,3	100,0	
Missing	System	108	66,7		
Total		162	100,0		

Dá água fora das refeições/dia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 3 vezes/dia	42	25,9	60,0	60,0
	Mais de 3 vezes/dia	28	17,3	40,0	100,0
	Total	70	43,2	100,0	
Missing	System	92	56,8		
Total		162	100,0		

Inspeciona a pele do períneo/dia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 1 vez/dia	47	29,0	73,4	73,4
	Mais de 1 vez/dia	17	10,5	26,6	100,0
	Total	64	39,5	100,0	
Missing	System	98	60,5		
Total		162	100,0		

Movimenta na cadeira de rodas/dia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 1 vez/dia	11	6,8	61,1	61,1
	Mais de 1 vez/dia	7	4,3	38,9	100,0
	Total	18	11,1	100,0	
Missing	System	144	88,9		
Total		162	100,0		

Levar a passear na cadeira de rodas/dia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não leva	12	7,4	66,7	66,7
	Leva	6	3,7	33,3	100,0
	Total	18	11,1	100,0	
Missing	System	144	88,9		
Total		162	100,0		

Senta o doente/dia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 3 vezes/dia	26	16,0	59,1	59,1
	Mais de 3 vezes/dia	18	11,1	40,9	100,0
	Total	44	27,2	100,0	
Missing	System	118	72,8		
Total		162	100,0		

Levanta o doente/dia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 1 vez/dia	25	15,4	65,8	65,8
	Mais de 1 vez/dia	13	8,0	34,2	100,0
	Total	38	23,5	100,0	
Missing	System	124	76,5		
Total		162	100,0		

Aplica cremes hidratantes/semana

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 4 vezes/semana	38	23,5	47,5	47,5
	Mais de 4 vezes/semana	42	25,9	52,5	100,0
	Total	80	49,4	100,0	
Missing	System	82	50,6		
Total		162	100,0		

Aplica desodorizante/semana

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 4 vezes/semana	33	20,4	55,0	55,0
	Mais de 4 vezes/semana	27	16,7	45,0	100,0
	Total	60	37,0	100,0	
Missing	System	102	63,0		
Total		162	100,0		

Limpa os ouvidos/semana

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 4 vezes/semana	31	19,1	49,2	49,2
	Mais de 4 vezes/semana	32	19,8	50,8	100,0
	Total	63	38,9	100,0	
Missing	System	99	61,1		
Total		162	100,0		

Lava os dentes/dia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 1 vez/dia	42	25,9	70,0	70,0
	Mais de 1 vez/dia	18	11,1	30,0	100,0
	Total	60	37,0	100,0	
Missing	System	102	63,0		
Total		162	100,0		

Posiciona/dia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 2 vezes/dia	14	8,6	42,4	42,4
	Mais de 2 vezes/dia	19	11,7	57,6	100,0
	Total	33	20,4	100,0	
Missing	System	129	79,6		
Total		162	100,0		

Transfere da cama/dia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 2 vezes/dia	24	14,8	68,6	68,6
	Mais de 2 vezes/dia	11	6,8	31,4	100,0
	Total	35	21,6	100,0	
Missing	System	127	78,4		
Total		162	100,0		

Intensidade de cuidados

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito reduzida	32	19,8	27,1	27,1
	Reduzida	28	17,3	23,7	50,8
	Moderada	37	22,8	31,4	82,2
	Elevada	21	13,0	17,8	100,0
	Total	118	72,8	100,0	
Missing	System	44	27,2		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: rendimento do trabalho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	146	90,1	94,2	94,2
	Sim	9	5,6	5,8	100,0
	Total	155	95,7	100,0	
Missing	System	7	4,3		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: programa conforto habitacional para idosos (PCHI)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	155	95,7	100,0	100,0
Missing	System	7	4,3		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: rendimento solidário para idosos (RSI)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	142	87,7	92,2	92,2
	Sim	12	7,4	7,8	100,0
	Total	154	95,1	100,0	
Missing	System	8	4,9		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: complemento de dependência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	141	87,0	91,0	91,0
	Sim	14	8,6	9,0	100,0
	Total	155	95,7	100,0	
Missing	System	7	4,3		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: esmolas / donativos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	151	93,2	97,4	97,4
	Sim	4	2,5	2,6	100,0
	Total	155	95,7	100,0	
Missing	System	7	4,3		
Total		162	100,0		

Utilização de outros recursos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	133	82,1	89,3	89,3
	Sim	16	9,9	10,7	100,0
	Total	149	92,0	100,0	
Missing	System	13	8,0		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: rendimentos da propriedade e da empresa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	154	95,1	99,4	99,4
	Sim	1	,6	,6	100,0
	Total	155	95,7	100,0	
Missing	System	7	4,3		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: subsídio de desemprego

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	151	93,2	98,1	98,1
	Sim	3	1,9	1,9	100,0
	Total	154	95,1	100,0	
Missing	System	8	4,9		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: subsídio temporário por acidente de trab. ou dça profissional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	155	95,7	100,0	100,0
Missing	System	7	4,3		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: outros subsídios temporários

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	154	95,1	99,4	99,4
	Sim	1	,6	,6	100,0
	Total	155	95,7	100,0	
Missing	System	7	4,3		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: rendimento social de inserção

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	153	94,4	99,4	99,4
	Sim	1	,6	,6	100,0
	Total	154	95,1	100,0	
Missing	System	8	4,9		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: pensão / reforma

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	9	5,6	5,6	5,6
	Sim	152	93,8	94,4	100,0
	Total	161	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: a cargo da família

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	84	51,9	54,5	54,5
	Sim	70	43,2	45,5	100,0
	Total	154	95,1	100,0	
Missing	System	8	4,9		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: apoio social

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	153	94,4	99,4	99,4
	Sim	1	,6	,6	100,0
	Total	154	95,1	100,0	
Missing	System	8	4,9		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: acompanhamento do dependente em casa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	151	93,2	94,4	94,4
	Sim	9	5,6	5,6	100,0
	Total	160	98,8	100,0	
Missing	System	2	1,2		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: acompanhamento do dependente ao exterior (consultas, saídas ocasionais)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	157	96,9	98,1	98,1
	Sim	3	1,9	1,9	100,0
	Total	160	98,8	100,0	
Missing	System	2	1,2		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: acompanhamento em actividades lúdicas e recreativas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	157	96,9	98,1	98,1
	Sim	3	1,9	1,9	100,0
	Total	160	98,8	100,0	
Missing	System	2	1,2		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: hospital

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	23	14,2	14,4	14,4
	Sim	137	84,6	85,6	100,0
	Total	160	98,8	100,0	
Missing	System	2	1,2		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: tele-assistência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	156	96,3	99,4	99,4
	Sim	1	,6	,6	100,0
	Total	157	96,9	100,0	
Missing	System	5	3,1		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: 112 INEM

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	91	56,2	57,2	57,2
	Sim	68	42,0	42,8	100,0
	Total	159	98,1	100,0	
Missing	System	3	1,9		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	17	10,5	10,6	10,6
	Sim	144	88,9	89,4	100,0
	Total	161	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: Linha Saúde 24

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	146	90,1	92,4	92,4
	Sim	12	7,4	7,6	100,0
	Total	158	97,5	100,0	
Missing	System	4	2,5		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: cuidados de higiene e conforto

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	133	82,1	83,1	83,1
	Sim	27	16,7	16,9	100,0
	Total	160	98,8	100,0	
Missing	System	2	1,2		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: cabeleireiro, manicure e esteticista

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	135	83,3	84,4	84,4
	Sim	25	15,4	15,6	100,0
	Total	160	98,8	100,0	
Missing	System	2	1,2		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: apoio no tratamento da roupa do dependente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	156	96,3	97,5	97,5
	Sim	4	2,5	2,5	100,0
	Total	160	98,8	100,0	
Missing	System	2	1,2		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: confecção de refeições e apoio durante as mesmas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	144	88,9	90,0	90,0
	Sim	16	9,9	10,0	100,0
	Total	160	98,8	100,0	
Missing	System	2	1,2		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: aconselhamento e instalação dos equipamentos adequados

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	158	97,5	99,4	99,4
	Sim	1	,6	,6	100,0
	Total	159	98,1	100,0	
Missing	System	3	1,9		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	158	97,5	99,4	99,4
	Sim	1	,6	,6	100,0
	Total	159	98,1	100,0	
Missing	System	3	1,9		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: apoio na compra de medicamentos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	160	98,8	100,0	100,0
Missing	System	2	1,2		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: apoio na compra de artigos alimentares

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	157	96,9	98,1	98,1
	Sim	3	1,9	1,9	100,0
	Total	160	98,8	100,0	
Missing	System	2	1,2		
Total		162	100,0		

Utilização de recursos não profissionais

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Familiar	97	59,9	70,3	70,3
	Vizinho	17	10,5	12,3	82,6
	Amigo	3	1,9	2,2	84,8
	Empregada	20	12,3	14,5	99,3
	Outro	1	,6	,7	100,0
	Total	138	85,2	100,0	
Missing	System	24	14,8		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: assistente social

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	138	85,2	86,3	86,3
	Sim	22	13,6	13,8	100,0
	Total	160	98,8	100,0	
Missing	System	2	1,2		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: enfermeiro

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	92	56,8	57,1	57,1
	Sim	69	42,6	42,9	100,0
	Total	161	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: fisioterapeuta

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	147	90,7	91,9	91,9
	Sim	13	8,0	8,1	100,0
	Total	160	98,8	100,0	
Missing	System	2	1,2		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: médico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	36	22,2	22,4	22,4
	Sim	125	77,2	77,6	100,0
	Total	161	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: nutricionista

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	158	97,5	99,4	99,4
	Sim	1	,6	,6	100,0
	Total	159	98,1	100,0	
Missing	System	3	1,9		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: outro

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	131	80,9	95,6	95,6
	Sim	6	3,7	4,4	100,0
	Total	137	84,6	100,0	
Missing	System	25	15,4		
Total		162	100,0		

Utilização do recurso: psicólogo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	159	98,1	100,0	100,0
Missing	3	1,9		
Total	162	100,0		

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Número de membros da família do DF	157	1,00	9,00	3,0064	1,63886	1,087	,194	1,189	,385
Rendimento percapitado/mês do agregado familiar do DF	110	53,57	3500,00	421,4259	479,86889	5,035	,230	30,010	,457
Área útil do alojamento do DF por ocupante do agregado	5	20,00	90,00	40,8333	27,92444	2,053	,913	4,450	2,000
N.º divisões do alojamento do DF por ocupante do agregado	132	,20	8,00	2,6113	1,57549	1,191	,211	1,493	,419
Tempo de dependência (anos)	162	,00	50,00	5,6188	7,06038	3,281	,191	14,367	,379
Variedades de fármacos (n.º) (DF)	146	,00	17,00	5,1438	3,02402	1,033	,201	1,684	,399
Número de fármacos nas tomas /dia (DF)	144	,00	28,00	7,0625	4,61711	1,275	,202	2,800	,401
Número de internamentos no último ano (DF)	160	,00	5,00	,4625	,78418	2,463	,192	8,793	,381
Número de episódios de recursos ao SU, no último ano (DF)	160	,00	7,00	1,1625	1,54955	1,615	,192	2,245	,381
Dependencia	161	1,00	3,90	2,6690	,88503	-,427	,191	-1,000	,380
Dependencia Ambulatoria	161	1,00	4,00	2,4503	,93353	,122	,191	-1,149	,380
Dependencia Aletoada	161	1,00	4,00	3,0109	,96758	-,940	,191	-,466	,380
PAEtomarBanho	87	2,46	4,00	3,7953	,33238	-1,792	,258	2,748	,511
PAEvestirDespir	79	2,44	4,00	3,8443	,33905	-2,412	,271	5,580	,535
PAEalimentar	83	2,20	4,00	3,7626	,44747	-2,003	,264	3,200	,523
PAEusarWC	67	2,00	4,00	3,6945	,54197	-1,682	,293	1,638	,578
PAEposicionar	55	1,88	4,00	3,4970	,72801	-1,045	,322	-,498	,634
PAEtransferir	39	2,00	4,00	3,5562	,70661	-1,239	,378	-,105	,741
PAEandar	60	1,00	4,00	3,6876	,63880	-2,329	,309	5,462	,608
PAEmedicacao	72	1,92	4,00	3,5531	,65307	-1,234	,283	-,035	,559
PAEAced	71	1,50	4,00	3,4587	,83209	-1,100	,285	-,512	,563
PAEAgir	77	2,17	4,00	3,7281	,51788	-1,734	,274	1,714	,541
PAEAjuste	78	2,17	4,00	3,7122	,54226	-1,690	,272	1,454	,538
PAEdecide	90	1,00	4,00	3,6986	,58319	-2,169	,254	4,979	,503
PAEmonitoriza	109	2,00	4,00	3,7542	,42804	-1,923	,231	3,237	,459
PAEnegoceia	17	3,00	4,00	3,7941	,39760	-1,594	,550	,803	1,063
PAEprovidencia	100	2,00	4,00	3,7507	,43134	-1,949	,241	3,589	,478
PAEtrabalha	80	1,00	4,00	3,7463	,61398	-2,852	,269	7,780	,532
PAE	111	2,31	4,00	3,7280	,45366	-1,691	,229	1,706	,455
Condição de saúde	162	,00	8,00	1,7840	1,72565	1,492	,191	2,284	,379

Intensidade	118	1,00	2,00	1,3236	,21838	,373	,223	-,251	,442
Incentivo	117	1,00	3,00	2,3548	,63645	-,866	,224	-,507	,444
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Alimentar-se	53	,00	100,00	45,2673	44,45953	,264	,327	-1,758	,644
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Andar	81	,00	100,00	82,7160	37,21600	-1,762	,267	1,216	,529
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Arranjar-se	11	,00	,00	,0000	,00000
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Tomar banho	123	,00	100,00	52,1003	39,20710	-,087	,218	-1,438	,433
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Recursos complementares	84	,00	100,00	78,2738	37,86951	-1,366	,263	,152	,520
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Posicionar	35	,00	100,00	50,5034	37,24586	,175	,398	-1,387	,778
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Usar o sanitário	92	,00	100,00	66,5399	36,19176	-,687	,251	-,802	,498
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Regime Terapêutico	116	,00	100,00	73,8218	37,47013	-1,100	,225	-,339	,446
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Transferir	53	,00	100,00	26,1635	35,26697	1,101	,327	-,037	,644
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Vestir	57	,00	100,00	8,8304	26,58090	3,038	,316	7,978	,623
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Virar	36	,00	100,00	54,1667	48,36616	-,174	,393	-1,983	,768
Taxa global de utilização de equipamentos considerados necessários	154	,00	100,00	59,5980	26,72189	-,134	,195	-,558	,389
Desconhece a forma de aceder ao recurso	25	1,00	6,00	2,8800	1,48099	,307	,464	-,756	,902
Económica	28	1,00	36,00	3,5714	6,52306	4,875	,441	24,910	,858
Desconhece a forma de funcionamento	22	1,00	3,00	1,5000	,74001	1,163	,491	-,019	,953

Limitações da residência	20	1,00	8,00	1,7000	1,62546	3,400	,512	12,857	,992
Não deseja	86	1,00	17,00	4,2209	3,89691	1,422	,260	1,390	,514
Valid N (listwise)	0								

Anexos

Anexo 7 – Estatística “casa-instituição”

T-Test

Group Statistics

O dependente está em casa ou numa instituição		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Idade (PI)	Casa	184	78,8315	13,71923	1,01140
	Instituição	107	78,5234	14,55656	1,40724

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Idade (PI)	Equal variances assumed	,641	,424	,181	289	,857	,30816	1,70596	-3,04953	3,66585
	Equal variances not assumed			,178	211,156	,859	,30816	1,73298	-3,10801	3,72432

T-Test

Group Statistics

	O dependente está em casa ou numa instituição	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Tempo de dependência (em anos) (PI)	Casa	0 ^a	.	.	.
	Instituição	94	6,3191	6,76997	,69827

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Estado civil (PI) * O dependente está em casa ou numa instituição	289	76,3%	90	23,7%	379	100,0%

Estado civil (PI) * O dependente está em casa ou numa instituição

Crosstabulation

			O dependente está em casa ou numa instituição	O dependente está em casa ou numa instituição	Total
			Casa	Instituição	
Estado civil (PI)	Casado / união de facto	Count	63	18	81
		% within O dependente está em casa ou numa instituição	35,0%	16,5%	28,0%
	Divorciado	Count	4	4	8
		% within O dependente está em casa ou numa instituição	2,2%	3,7%	2,8%
	Solteiro	Count	23	22	45
		% within O dependente está em casa ou numa instituição	12,8%	20,2%	15,6%
	Viúvo	Count	90	65	155
		% within O dependente está em casa ou numa instituição	50,0%	59,6%	53,6%
Total	Count	180	109	289	
	% within O dependente está em casa ou numa instituição	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,357 ^a	3	,006
Likelihood Ratio	12,927	3	,005
Linear-by-Linear Association	8,200	1	,004
N of Valid Cases	289		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,02.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases		
	Valid	Missing	Total

	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sexo (PI) * O dependente está em casa ou numa instituição	295	77,8%	84	22,2%	379	100,0%

Sexo (PI) * O dependente está em casa ou numa instituição Crosstabulation

			O dependente está em casa ou numa instituição		Total
			Casa	Instituição	
Sexo (PI)	Feminino	Count	126	82	208
		% within O dependente está em casa ou numa instituição	68,5%	73,9%	70,5%
	Masculino	Count	58	29	87
		% within O dependente está em casa ou numa instituição	31,5%	26,1%	29,5%
Total		Count	184	111	295
		% within O dependente está em casa ou numa instituição	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,969 ^a	1	,325	,358	,197
Continuity Correction ^b	,727	1	,394		
Likelihood Ratio	,979	1	,322		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,966	1	,326		
N of Valid Cases	295				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 32,74.

b. Computed only for a 2x2 table

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Nível de escolaridade (PI) * O dependente está em casa ou numa instituição	266	70,2%	113	29,8%	379	100,0%

Nível de escolaridade (PI) * O dependente está em casa ou numa instituição

Crosstabulation

			O dependente está em casa ou numa instituição	O dependente está em casa ou numa instituição	Total
			Casa	Instituição	
Nível de escolaridade (PI)	Nenhum	Count	68	34	102
		% within O dependente está em casa ou numa instituição	40,7%	34,3%	38,3%
	Ens. básico	Count	76	45	121
	- 1.º ciclo	% within O dependente está em casa ou numa instituição	45,5%	45,5%	45,5%
	Ens. básico	Count	5	0	5
	- 2.º ciclo	% within O dependente está em casa ou numa instituição	3,0%	,0%	1,9%
	Ens. básico	Count	4	5	9
	- 3.º ciclo	% within O dependente está em casa ou numa instituição	2,4%	5,1%	3,4%
	Ens. secundário	Count	8	5	13
		% within O dependente está em casa ou numa instituição	4,8%	5,1%	4,9%
	Ens. superior	Count	6	10	16
		% within O dependente está em casa ou numa instituição	3,6%	10,1%	6,0%
Total		Count	167	99	266
		% within O dependente está em casa ou numa instituição	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,303 ^a	5	,098
Likelihood Ratio	10,759	5	,056
Linear-by-Linear Association	4,041	1	,044
N of Valid Cases	266		

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,86.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tipo de edifício do alojamento do DF * O dependente está em casa ou numa instituição	283	74,7%	96	25,3%	379	100,0%

Tipo de edifício do alojamento do DF * O dependente está em casa ou numa instituição Crosstabulation

			O dependente está em casa ou numa instituição	O dependente está em casa ou numa instituição	Total
			Casa	Instituição	
Tipo de edifício do alojamento do DF	Clássico: apartamento	Count % within O dependente está em casa ou numa instituição	84 46,9%	68 65,4%	152 53,7%
	Clássico: moradia	Count % within O dependente está em casa ou numa instituição	66 36,9%	28 26,9%	94 33,2%
	Clássico: outro tipo	Count % within O dependente está em casa ou numa instituição	28 15,6%	8 7,7%	36 12,7%
	Não clássico	Count % within O dependente está em casa ou numa instituição	1 ,6%	0 ,0%	1 ,4%
Total		Count % within O dependente está em casa ou numa instituição	179 100,0%	104 100,0%	283 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,982 ^a	3	,019
Likelihood Ratio	10,536	3	,015
Linear-by-Linear Association	9,621	1	,002
N of Valid Cases	283		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,37.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tipo de família do DF * O dependente está em casa ou numa instituição	286	75,5%	93	24,5%	379	100,0%

Tipo de família do DF * O dependente está em casa ou numa instituição

Crosstabulation

			O dependente está em casa ou numa instituição	O dependente está em casa ou numa instituição	Total
			Casa	Instituição	
Tipo de família do DF	Clássica sem núcleos	Count % within O dependente está em casa ou numa instituição	50 27,3%	19 18,4%	69 24,1%
	Clássica com um núcleo	Count % within O dependente está em casa ou numa instituição	125 68,3%	81 78,6%	206 72,0%
	Clássica com dois núcleos	Count % within O dependente está em casa ou numa instituição	8 4,4%	3 2,9%	11 3,8%
Total		Count % within O dependente está em casa ou numa instituição	183 100,0%	103 100,0%	286 100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,494 ^a	2	,174
Likelihood Ratio	3,589	2	,166
Linear-by-Linear Association	1,514	1	,219
N of Valid Cases	286		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,96.

T-Test

Group Statistics

	O dependente está em casa ou numa instituição	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Área útil do alojamento do DF	Casa	5	127,0000	90,73313	40,57709
	Instituição	18	101,8333	36,24630	8,54333

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Área útil do alojamento do DF	Equal variances assumed	2,885	,104	,970	21	,343	25,16667	25,93320	-28,76438	79,09771
	Equal variances not assumed			,607	4,360	,574	25,16667	41,46672	-86,30518	136,63852

T-Test

Group Statistics

	O dependente está em casa ou numa instituição	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N.º divisões do alojamento do DF	Casa	149	6,1611	2,29001	,18761
	Instituição	89	6,8090	2,15784	,22873

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
N.º divisões do alojamento do DF	Equal variances assumed	,228	,633	-2,158	236	,032	-,64791	,30031	-1,23954	-,05629
	Equal variances not assumed			-2,190	194,017	,030	-,64791	,29583	-1,23136	-,06447

T-Test

Group Statistics

	O dependente está em casa ou numa instituição	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
N.º ocupantes do alojamento do DF	Casa	183	3,0273	1,66553	,12312
	Instituição	105	2,5238	1,30159	,12702

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
N.º ocupantes do alojamento do DF	Equal variances assumed	3,528	,061	2,665	286	,008	,50351	,18892	,13166	,87537
	Equal variances not assumed			2,846	260,049	,005	,50351	,17690	,15518	,85185

T-Test

Group Statistics

	O dependente está em casa ou numa instituição	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Número de membros da família do DF	Casa	174	3,05747	1,643740	,124612
	Instituição	103	2,58252	1,216909	,119906

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Número de membros da família do DF	Equal variances assumed	5,947	,015	2,547	275	,011	,474947	,186441	,107914	,841980
	Equal variances not assumed			2,746	261,477	,006	,474947	,172932	,134431	,815463

NPar Tests

Kruskal-Wallis Test

Ranks

	O dependente está em casa ou numa instituição	N	Mean Rank
O alojamento do DF tem acessibilidade a PMC	Casa	147	117,30
	Instituição	97	130,38
	Total	244	
O alojamento do DF tem água canalizada	Casa	179	141,42
	Instituição	104	143,00

	Total	283	
O alojamento do DF tem aquecimento	Casa	173	131,76
	Instituição	102	148,58
	Total	275	
O alojamento do DF tem instalação de banho ou duche	Casa	179	139,80
	Instituição	104	145,78
	Total	283	
O alojamento do DF tem retrete	Casa	180	140,48
	Instituição	104	146,00
	Total	284	

Test Statistics^{a,b}

	O alojamento do DF tem acessibilidade a PMC	O alojamento do DF tem água canalizada	O alojamento do DF tem aquecimento	O alojamento do DF tem instalação de banho ou duche	O alojamento do DF tem retrete
Chi-Square	6,800	1,166	5,194	2,666	4,132
df	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,009	,280	,023	,102	,042

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: O dependente está em casa ou numa instituição

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Rendimentos/mês do agregado familiar do DF	198	3,1869	1,08072	1,00	6,00
O dependente está em casa ou numa instituição	379	1,2929	,45568	1,00	2,00

Kruskal-Wallis Test

Ranks

	O dependente está em casa ou numa instituição	N	Mean Rank
Rendimentos/mês do agregado familiar do DF	Casa	122	95,17
	Instituição	76	106,45
	Total	198	

Test Statistics^{a,b}

	Rendimentos/mês do agregado familiar do DF
Chi-Square	1,951
df	1
Asymp. Sig.	,162

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: O
dependente está em casa ou
numa instituição

Anexos

Anexo 8 – Estatística “Lisboa-Porto”

Group Statistics

	Cidade	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Número de membros da família do DF	Lisboa	116	3,0948	2,00858	,18649
	Porto	157	3,0064	1,63886	,13080
Rendimento percapitado/mês do agregado familiar do DF	Lisboa	82	409,7004	302,92020	33,45194
	Porto	110	421,4259	479,86889	45,75370
Área útil do alojamento do DF por ocupante do agregado	Lisboa	47	53,2996	72,90256	10,63393
	Porto	5	40,8333	27,92444	12,48819
N.º divisões do alojamento do DF por ocupante do agregado	Lisboa	88	1,9796	1,19271	,12714
	Porto	132	2,6113	1,57549	,13713
Tempo de dependência (anos)	Lisboa	121	6,9318	9,93384	,90308
	Porto	162	5,6188	7,06038	,55472
Variedades de fármacos (n.º) (DF)	Lisboa	114	5,0439	2,54305	,23818
	Porto	146	5,1438	3,02402	,25027
Número de fármacos nas tomas /dia (DF)	Lisboa	114	7,6667	5,93127	,55551
	Porto	144	7,0625	4,61711	,38476
Número de internamentos no último ano (DF)	Lisboa	118	,4576	,80218	,07385
	Porto	160	,4625	,78418	,06199
Número de episódios de recursos ao SU, no último ano (DF)	Lisboa	116	,9052	1,45051	,13468
	Porto	160	1,1625	1,54955	,12250
Dependencia	Lisboa	121	2,7421	,84930	,07721
	Porto	161	2,6690	,88503	,06975
Dependencia Ambulatoria	Lisboa	121	2,5510	,99556	,09051
	Porto	161	2,4503	,93353	,07357
Dependencia Alectoada	Lisboa	121	3,0289	,80181	,07289
	Porto	161	3,0109	,96758	,07626
PAEtomarBanho	Lisboa	77	3,3289	,74890	,08534
	Porto	87	3,7953	,33238	,03564
PAEvestirDespir	Lisboa	75	3,4913	,59565	,06878
	Porto	79	3,8443	,33905	,03815
PAEalimentar	Lisboa	73	3,4591	,56212	,06579
	Porto	83	3,7626	,44747	,04912
PAEusarWC	Lisboa	66	3,4894	,55326	,06810
	Porto	67	3,6945	,54197	,06621
PAEposicionar	Lisboa	41	2,9960	,70152	,10956
	Porto	55	3,4970	,72801	,09817
PAEtransferir	Lisboa	48	3,2655	,55698	,08039
	Porto	39	3,5562	,70661	,11315
PAEandar	Lisboa	68	3,3306	,69901	,08477
	Porto	60	3,6876	,63880	,08247
PAEmedicacao	Lisboa	70	3,2539	,60119	,07186
	Porto	72	3,5531	,65307	,07696
PAEAced	Lisboa	90	3,2529	,61506	,06483
	Porto	71	3,4587	,83209	,09875
PAEAgir	Lisboa	82	3,4006	,57538	,06354
	Porto	77	3,7281	,51788	,05902
PAEAjuste	Lisboa	88	3,3490	,53825	,05738
	Porto	78	3,7122	,54226	,06140
PAEdecide	Lisboa	89	3,3926	,52642	,05580
	Porto	90	3,6986	,58319	,06147
PAEmonitoriza	Lisboa	91	3,3809	,50132	,05255
	Porto	109	3,7542	,42804	,04100
PAEnegoceia	Lisboa	51	3,2941	,85543	,11978
	Porto	17	3,7941	,39760	,09643

PAEprovidencia	Lisboa	90	3,3476	,57838	,06097
	Porto	100	3,7507	,43134	,04313
PAEtrabalha	Lisboa	90	3,3664	,61286	,06460
	Porto	80	3,7463	,61398	,06865
PAE	Lisboa	96	3,3725	,53266	,05436
	Porto	111	3,7280	,45366	,04306
Condição de saúde	Lisboa	121	1,3719	1,42087	,12917
	Porto	163	1,7730	1,72598	,13519
Intensidade	Lisboa	86	1,4009	,26245	,02830
	Porto	118	1,3236	,21838	,02010
Incentivo	Lisboa	87	2,2069	,65352	,07006
	Porto	117	2,3548	,63645	,05884
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Alimentar-se	Lisboa	40	48,3661	41,13716	6,50436
	Porto	53	45,2673	44,45953	6,10699
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Andar	Lisboa	67	77,6119	40,15461	4,90567
	Porto	81	82,7160	37,21600	4,13511
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Arranjar-se	Lisboa	14	7,1429	26,72612	7,14286
	Porto	11	,0000	,00000	,00000
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Tomar banho	Lisboa	74	48,3333	40,84160	4,74774
	Porto	123	52,1003	39,20710	3,53519
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Recursos complementares	Lisboa	67	70,7960	38,72370	4,73085
	Porto	84	78,2738	37,86951	4,13190
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Posicionar	Lisboa	25	35,5333	45,21738	9,04348
	Porto	35	50,5034	37,24586	6,29570
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Usar o sanitário	Lisboa	55	54,4892	40,01497	5,39562
	Porto	92	66,5399	36,19176	3,77325
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Regime Terapêutico	Lisboa	71	62,2032	37,71233	4,47563
	Porto	116	73,8218	37,47013	3,47901
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Transferir	Lisboa	38	22,6316	38,83559	6,29996
	Porto	53	26,1635	35,26697	4,84429
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Vestir	Lisboa	32	25,9375	37,86871	6,69430
	Porto	57	8,8304	26,58090	3,52073
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Virar	Lisboa	20	25,0000	44,42617	9,93399
	Porto	36	54,1667	48,36616	8,06103
Taxa global de utilização de equipamentos considerados necessários	Lisboa	107	55,9121	32,10405	3,10362
	Porto	154	59,5980	26,72189	2,15331
Desconhece a forma de aceder ao recurso	Lisboa	19	1,4737	,61178	,14035
	Porto	25	2,8800	1,48099	,29620
Económica	Lisboa	43	3,1860	2,70146	,41197
	Porto	28	3,5714	6,52306	1,23274
Desconhece a forma de funcionamento	Lisboa	11	1,2727	,64667	,19498
	Porto	22	1,5000	,74001	,15777
Limitações da residência	Lisboa	12	1,2500	,62158	,17944
	Porto	20	1,7000	1,62546	,36346
Não deseja	Lisboa	50	3,0000	3,68671	,52138
	Porto	86	4,2209	3,89691	,42021

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Número de membros da família do DF	Equal variances assumed	3,328	,069	,400	271	,689	,08846	,22100	-,34663	,52355
	Equal variances not assumed			,388	217,215	,698	,08846	,22779	-,36050	,53741
Rendimento percapitado/mês do agregado familiar do DF	Equal variances assumed	,281	,597	-,194	190	,846	-11,72542	60,37112	-130,80916	107,35831
	Equal variances not assumed			-,207	185,392	,836	-11,72542	56,67833	-123,54285	100,09201
Área útil do alojamento do DF por ocupante do agregado	Equal variances assumed	,197	,659	,377	50	,708	12,46631	33,10223	-54,02148	78,95411
	Equal variances not assumed			,760	11,383	,463	12,46631	16,40230	-23,48716	48,41978
N.º divisões do alojamento do DF por ocupante do agregado	Equal variances assumed	6,036	,015	-3,199	218	,002	-,63175	,19749	-1,02098	-,24252
	Equal variances not assumed			-3,378	214,430	,001	-,63175	,18700	-1,00035	-,26316
Tempo de dependência (anos)	Equal variances assumed	8,672	,004	1,300	281	,195	1,31299	1,01032	-,67577	3,30176
	Equal variances not assumed			1,239	205,800	,217	1,31299	1,05984	-,77654	3,40252
Variedades de fármacos (n.º) (DF)	Equal variances assumed	1,939	,165	-,283	258	,777	-,09998	,35289	-,79489	,59494
	Equal variances not assumed			-,289	256,552	,773	-,09998	,34549	-,78033	,58038
Número de fármacos nas tomas /dia (DF)	Equal variances assumed	,074	,786	,920	256	,358	,60417	,65666	-,68898	1,89731
	Equal variances not assumed			,894	209,351	,372	,60417	,67575	-,72798	1,93631
Número de internamentos no último ano (DF)	Equal variances assumed	,001	,974	-,051	276	,960	-,00487	,09609	-,19403	,18429
	Equal variances not assumed			-,051	249,016	,960	-,00487	,09642	-,19477	,18503
Número de episódios de recursos ao SU, no último ano (DF)	Equal variances assumed	1,959	,163	-1,399	274	,163	-,25733	,18399	-,61954	,10488
	Equal variances not assumed			-1,413	256,850	,159	-,25733	,18206	-,61584	,10119
Dependencia	Equal variances assumed	,262	,609	,698	280	,486	,07307	,10466	-,13295	,27910
	Equal variances not assumed			,702	263,944	,483	,07307	,10405	-,13180	,27795
Dependencia Ambulatoria	Equal variances assumed	1,627	,203	,871	280	,385	,10065	,11557	-,12685	,32816
	Equal variances not assumed			,863	249,338	,389	,10065	,11664	-,12906	,33037
Dependencia Alectoadada	Equal variances assumed	7,859	,005	,167	280	,868	,01806	,10832	-,19516	,23128
	Equal variances not assumed			,171	277,294	,864	,01806	,10549	-,18961	,22572
PAE tomar Banho	Equal variances assumed	44,877	,000	-5,255	162	,000	-,46640	,08875	-,64166	-,29113
	Equal variances not assumed			-5,043	102,068	,000	-,46640	,09249	-,64984	-,28295
PAE vestir Despir	Equal variances assumed	19,407	,000	-4,550	152	,000	-,35308	,07761	-,50641	-,19975
	Equal variances not assumed			-4,489	116,105	,000	-,35308	,07865	-,50885	-,19730
PAE alimentar	Equal variances assumed	10,348	,002	-3,751	154	,000	-,30354	,08092	-,46340	-,14368
	Equal variances not assumed			-3,697	137,201	,000	-,30354	,08210	-,46589	-,14119
PAE usar WC	Equal variances assumed	,458	,500	-2,160	131	,033	-,20511	,09497	-,39298	-,01723
	Equal variances not assumed			-2,159	130,833	,033	-,20511	,09498	-,39301	-,01720

PAEposicionar	Equal variances assumed	,865	,355	-3,388	94	,001	-,50105	,14791	-,79473	-,20737
	Equal variances not assumed			-3,406	87,996	,001	-,50105	,14710	-,79339	-,20871
PAEtransferir	Equal variances assumed	2,544	,114	-2,146	85	,035	-,29070	,13545	-,56001	-,02140
	Equal variances not assumed			-2,094	71,349	,040	-,29070	,13880	-,56744	-,01397
PAEandar	Equal variances assumed	3,162	,078	-3,001	126	,003	-,35695	,11894	-,59232	-,12157
	Equal variances not assumed			-3,018	125,836	,003	-,35695	,11827	-,59099	-,12290
PAEmedicacao	Equal variances assumed	,673	,414	-2,838	140	,005	-,29922	,10542	-,50763	-,09080
	Equal variances not assumed			-2,842	139,588	,005	-,29922	,10529	-,50740	-,09104
PAEAcad	Equal variances assumed	14,675	,000	-1,803	159	,073	-,20575	,11408	-,43107	,01957
	Equal variances not assumed			-1,742	125,074	,084	-,20575	,11813	-,43955	,02805
PAEAgir	Equal variances assumed	3,166	,077	-3,764	157	,000	-,32753	,08701	-,49939	-,15567
	Equal variances not assumed			-3,777	156,725	,000	-,32753	,08672	-,49882	-,15624
PAEAjuste	Equal variances assumed	,212	,646	-4,323	164	,000	-,36314	,08400	-,52900	-,19728
	Equal variances not assumed			-4,321	161,322	,000	-,36314	,08404	-,52909	-,19719
PAEdecide	Equal variances assumed	,215	,643	-3,684	177	,000	-,30603	,08307	-,46996	-,14209
	Equal variances not assumed			-3,686	175,550	,000	-,30603	,08302	-,46988	-,14218
PAEmonitoriza	Equal variances assumed	9,184	,003	-5,679	198	,000	-,37323	,06572	-,50282	-,24363
	Equal variances not assumed			-5,599	177,958	,000	-,37323	,06665	-,50476	-,24169
PAEengoceia	Equal variances assumed	13,772	,000	-2,319	66	,023	-,50000	,21561	-,93047	-,06953
	Equal variances not assumed			-3,251	58,726	,002	-,50000	,15378	-,80774	-,19226
PAEprovidencia	Equal variances assumed	12,996	,000	-5,481	188	,000	-,40318	,07356	-,54830	-,25807
	Equal variances not assumed			-5,399	163,559	,000	-,40318	,07468	-,55065	-,25572
PAEtrabalha	Equal variances assumed	3,395	,067	-4,031	168	,000	-,37990	,09425	-,56597	-,19383
	Equal variances not assumed			-4,030	165,600	,000	-,37990	,09426	-,56601	-,19379
PAE	Equal variances assumed	5,485	,020	-5,187	205	,000	-,35557	,06855	-,49073	-,22041
	Equal variances not assumed			-5,127	187,763	,000	-,35557	,06935	-,49238	-,21876
Condição de saúde	Equal variances assumed	2,311	,130	-2,085	282	,038	-,40111	,19239	-,77980	-,02241
	Equal variances not assumed			-2,145	278,949	,033	-,40111	,18698	-,76917	-,03304
Intensidade	Equal variances assumed	2,781	,097	2,293	202	,023	,07734	,03373	,01083	,14385
	Equal variances not assumed			2,228	162,385	,027	,07734	,03471	,00879	,14589
Incentivo	Equal variances assumed	,971	,326	-1,623	202	,106	-,14789	,09114	-,32760	,03181
	Equal variances not assumed			-1,616	182,706	,108	-,14789	,09149	-,32842	,03263
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Alimentar-se	Equal variances assumed	2,292	,134	,344	91	,732	3,09878	9,02025	-14,81885	21,01640
	Equal variances not assumed			,347	87,228	,729	3,09878	8,92199	-14,63400	20,83155
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Andar	Equal variances assumed	1,887	,172	-,801	146	,424	-5,10411	6,36979	-17,69301	7,48479
	Equal variances not assumed			-,796	136,329	,428	-5,10411	6,41597	-17,79181	7,58359

Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Arranjar-se	Equal variances assumed Equal variances not assumed	3,654	,068	,882	23	,387	7,14286	8,09568	-9,60433	23,89005
				1,000	13,000	,336	7,14286	7,14286	-8,28835	22,57406
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Tomar banho	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,650	,421	-,643	195	,521	-3,76694	5,85923	-15,32254	7,78866
				-,636	148,984	,526	-3,76694	5,91934	-15,46364	7,92976
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Recursos complementares	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,723	,396	-1,194	149	,235	-7,47779	6,26535	-19,85821	4,90263
				-1,191	140,217	,236	-7,47779	6,28121	-19,89591	4,94033
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Posicionar	Equal variances assumed Equal variances not assumed	3,515	,066	-1,403	58	,166	-14,97007	10,66668	-36,32175	6,38162
				-1,359	45,376	,181	-14,97007	11,01909	-37,15857	7,21843
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Usar o sanitário	Equal variances assumed Equal variances not assumed	1,305	,255	-1,877	145	,062	-12,05068	6,41911	-24,73779	,63643
				-1,830	104,851	,070	-12,05068	6,58408	-25,10591	1,00455
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Regime Terapêutico	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,013	,909	-2,053	185	,042	-11,61862	5,65993	-22,78492	-,45232
				-2,050	147,394	,042	-11,61862	5,66876	-22,82116	-,41608
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Transferir	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,408	,524	-,452	89	,653	-3,53194	7,82081	-19,07172	12,00784
				-,444	75,026	,658	-3,53194	7,94712	-19,36333	12,29944
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Vestir	Equal variances assumed Equal variances not assumed	10,673	,002	2,492	87	,015	17,10709	6,86465	3,46285	30,75133
				2,262	48,468	,028	17,10709	7,56368	1,90309	32,31109
Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários para : Virar	Equal variances assumed Equal variances not assumed	3,086	,085	-2,224	54	,030	-29,16667	13,11256	-55,45577	-2,87756
				-2,280	42,303	,028	-29,16667	12,79314	-54,97879	-3,35454
Taxa global de utilização de equipamentos considerados necessários	Equal variances assumed Equal variances not assumed	7,669	,006	-1,008	259	,314	-3,68592	3,65549	-10,88419	3,51235
				-,976	200,435	,330	-3,68592	3,77746	-11,13458	3,76273
Desconhece a forma de aceder ao recurso	Equal variances assumed Equal variances not assumed	9,838	,003	-3,886	42	,000	-1,40632	,36188	-2,13662	-,67601
				-4,291	33,721	,000	-1,40632	,32777	-2,07262	-,74001
Económica	Equal variances assumed Equal variances not assumed	,503	,480	-,346	69	,731	-,38538	1,11526	-2,61027	1,83951
				-,297	33,102	,769	-,38538	1,29976	-3,02945	2,25869
Desconhece a forma de funcionamento	Equal variances assumed Equal variances not assumed	1,793	,190	-,865	31	,394	-,22727	,26264	-,76294	,30839
				-,906	22,740	,374	-,22727	,25082	-,74645	,29191
Limitações da residência	Equal variances assumed Equal variances not assumed	2,153	,153	-,915	30	,368	-,45000	,49193	-1,45467	,55467
				-1,110	26,655	,277	-,45000	,40534	-1,28220	,38220
Não deseja	Equal variances assumed Equal variances not assumed	4,043	,046	-1,797	134	,075	-1,22093	,67960	-2,56507	,12321
				-1,823	107,247	,071	-1,22093	,66964	-2,54838	,10652

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Rendimentos/mês do agregado familiar do DF	197	3,0914	,97509	1,00	5,00
Necessidade de reparações no alojamento do DF	254	2,4016	,75191	1,00	3,00
Nível de escolaridade (DF)	270	3,1778	1,30977	2,00	7,00
Nível de escolaridade (PC)	231	4,1342	1,54756	2,00	7,00
Cidade	284	1,5739	,49538	1,00	2,00

Mann-Whitney Test

Ranks

	Cidade	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Rendimentos/mês do agregado familiar do DF	Lisboa	85	102,87	8744,00
	Porto	112	96,06	10759,00
	Total	197		
Necessidade de reparações no alojamento do DF	Lisboa	118	127,09	14997,00
	Porto	136	127,85	17388,00
	Total	254		
Nível de escolaridade (DF)	Lisboa	119	156,26	18594,50
	Porto	151	119,14	17990,50
	Total	270		
Nível de escolaridade (PC)	Lisboa	98	122,34	11989,50
	Porto	133	111,33	14806,50
	Total	231		

Test Statistics^a

	Rendimentos/mês do agregado familiar do DF	Necessidade de reparações no alojamento do DF	Nível de escolaridade (DF)	Nível de escolaridade (PC)
Mann-Whitney U	4431,000	7976,000	6514,500	5895,500
Wilcoxon W	10759,000	14997,000	17990,500	14806,500
Z	-,873	-,092	-4,204	-1,297
Asymp. Sig. (2-tailed)	,383	,927	,000	,195

a. Grouping Variable: Cidade

Crosstabs

Idade (PC) * Cidade

Crosstab					
			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Idade (PC)	< 18	Count	1	0	1
		% within Cidade	1,0%	,0%	,4%
	18-65	Count	57	94	151
		% within Cidade	55,9%	70,1%	64,0%
	65-80	Count	29	28	57
		% within Cidade	28,4%	20,9%	24,2%
	> 80	Count	15	12	27
		% within Cidade	14,7%	9,0%	11,4%
Total	Count	102	134	236	
	% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,192a	3	,103
Likelihood Ratio	6,545	3	,088
Linear-by-Linear Association	3,868	1	,049
N of Valid Cases	236		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,43.

Parentesco (PC) * Cidade

Crosstab					
			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Parentesco (PC)	Marido / esposa	Count	42	33	75
		% within Cidade	41,6%	24,1%	31,5%
	Pai / mãe	Count	15	6	21
		% within Cidade	14,9%	4,4%	8,8%
	Filho / filha	Count	19	56	75
		% within Cidade	18,8%	40,9%	31,5%
	Irmão / irmã	Count	5	10	15
		% within Cidade	5,0%	7,3%	6,3%
	Afinidade	Count	3	13	16
		% within Cidade	3,0%	9,5%	6,7%
	Outro	Count	4	10	14
		% within Cidade	4,0%	7,3%	5,9%
	Sem grau de parentesco	Count	13	9	22
		% within Cidade	12,9%	6,6%	9,2%
Total	Count	101	137	238	
	% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	29,639a	6	,000
Likelihood Ratio	30,503	6	,000
Linear-by-Linear Association	3,272	1	,070
N of Valid Cases	238		

Estado civil (PC) * Cidade

Crosstab					
			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Estado civil (PC)	Casado / união de facto	Count	70	102	172
		% within Cidade	72,9%	76,1%	74,8%
	Divorciado	Count	10	6	16
		% within Cidade	10,4%	4,5%	7,0%
	Solteiro	Count	10	23	33
		% within Cidade	10,4%	17,2%	14,3%
	Viúvo	Count	6	3	9
		% within Cidade	6,3%	2,2%	3,9%
	Total	Count	96	134	230
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,987a	3	,072
Likelihood Ratio	6,974	3	,073
Linear-by-Linear Association	,145	1	,704
N of Valid Cases	230		

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,76.

Profissão (PC) * Cidade

Crosstab					
			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Profissão (PC)	Sem ocupação profissional	Count	24	48	72
		% within Cidade	23,5%	34,8%	30,0%
	Com ocupação profissional	Count	78	90	168
		% within Cidade	76,5%	65,2%	70,0%
Total		Count	102	138	240
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,537a	1	,060	,065	,040
Continuity Correction ^b	3,021	1	,082		
Likelihood Ratio	3,593	1	,058		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	3,522	1	,061		
N of Valid Cases	240				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 30,60.

b. Computed only for a 2x2 table

Sexo (PC) * Cidade

Crosstab

			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Sexo (PC)	Feminino	Count	77	114	191
		% within Cidade	74,8%	83,2%	79,6%
	Masculino	Count	26	23	49
		% within Cidade	25,2%	16,8%	20,4%
Total	Count	103	137	240	
	% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,586a	1	,108	,145	,074
Continuity Correctionb	2,092	1	,148		
Likelihood Ratio	2,564	1	,109		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	2,576	1	,109		
N of Valid Cases	240				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21,03.

b. Computed only for a 2x2 table

O PC coabita com o DF * Cidade

Crosstab

			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
O PC coabita com o DF	Não	Count	5	23	28
		% within Cidade	7,4%	20,2%	15,4%
	Sim	Count	63	91	154
		% within Cidade	92,6%	79,8%	84,6%
Total		Count	68	114	182
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,380a	1	,020	,021	,015
Continuity Correctionb	4,440	1	,035		
Likelihood Ratio	5,906	1	,015		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	5,350	1	,021		
N of Valid Cases	182				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,46.

b. Computed only for a 2x2 table

Quedas no último mês * Cidade

Crosstab					
			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Quedas no último mês	Sim	Count	19	39	58
		% within Cidade	19,8%	25,8%	23,5%
	Não	Count	77	112	189
		% within Cidade	80,2%	74,2%	76,5%
Total		Count	96	151	247
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,190a	1	,275	,287	,175
Continuity Correctionb	,878	1	,349		
Likelihood Ratio	1,209	1	,272		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1,185	1	,276		
N of Valid Cases	247				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22,54.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: rendimento do trabalho * Cidade

Crosstab					
			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: rendimento do trabalho	Não	Count	91	146	237
		% within Cidade	78,4%	94,2%	87,5%
	Sim	Count	25	9	34
		% within Cidade	21,6%	5,8%	12,5%
Total		Count	116	155	271
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	14,991a	1	,000	,000	,000
Continuity Correctionb	13,590	1	,000		
Likelihood Ratio	15,084	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	14,936	1	,000		
N of Valid Cases	271				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,55.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: programa conforto habitacional para idosos (PCHI) * Cidade

Crosstab						
			Cidade		Total	
			Lisboa	Porto		
Utilização do recurso: programa conforto habitacional para idosos (PCHI)	Não	Count	114	155	269	
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%	
Total		Count	114	155	269	
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests	
	Value
Pearson Chi-Square	,a
N of Valid Cases	269

a. No statistics are computed because

Utilização do recurso: programa conforto

habitacional para idosos (PCHI) is constant.

Utilização do recurso: rendimento solidário para idosos (RSI) * Cidade

Crosstab					
			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: rendimento solidário para idosos (RSI)	Não	Count	110	142	252
		% within Cidade	97,3%	92,2%	94,4%
	Sim	Count	3	12	15
		% within Cidade	2,7%	7,8%	5,6%
Total		Count	113	154	267
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,244a	1	,072	,105	,059
Continuity Correctionb	2,348	1	,125		
Likelihood Ratio	3,536	1	,060		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	3,232	1	,072		
N of Valid Cases	267				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,35.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: complemento de dependência * Cidade

Crosstab					
			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: complemento de dependência	Não	Count	101	141	242
		% within Cidade	87,8%	91,0%	89,6%
	Sim	Count	14	14	28
		% within Cidade	12,2%	9,0%	10,4%
Total		Count	115	155	270
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,701a	1	,402	,425	,261
Continuity Correctionb	,404	1	,525		
Likelihood Ratio	,694	1	,405		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,698	1	,403		
N of Valid Cases	270				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,93.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: esmolos / donativos * Cidade

Crosstab

			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: esmolos / donativos	Não	Count	115	151	266
		% within Cidade	100,0%	97,4%	98,5%
	Sim	Count	0	4	4
		% within Cidade	,0%	2,6%	1,5%
Total		Count	115	155	270
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,012a	1	,083	,139	,107
Continuity Correctionb	1,504	1	,220		
Likelihood Ratio	4,485	1	,034		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	3,001	1	,083		
N of Valid Cases	270				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,70.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização de outros recursos * Cidade

Crosstab

			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização de outros recursos	Não	Count	107	133	240
		% within Cidade	100,0%	89,3%	93,8%
	Sim	Count	0	16	16
		% within Cidade	,0%	10,7%	6,3%
Total		Count	107	149	256
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	12,256a	1	,000	,000	,000
Continuity Correctionb	10,492	1	,001		
Likelihood Ratio	18,081	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	12,208	1	,000		
N of Valid Cases	256				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,69.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: rendimentos da propriedade e da empresa * Cidade

Crosstab					
			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: rendimentos da propriedade e da empresa	Não	Count	112	154	266
		% within Cidade	96,6%	99,4%	98,2%
	Sim	Count	4	1	5
		% within Cidade	3,4%	,6%	1,8%
Total		Count	116	155	271
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

hi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,879a	1	,090	,168	,108
Continuity Correctionb	1,539	1	,215		
Likelihood Ratio	2,955	1	,086		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	2,868	1	,090		
N of Valid Cases	271				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,14.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: subsídio de desemprego * Cidade

Crosstab					
			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: subsídio de desemprego	Não	Count	113	151	264
		% within Cidade	98,3%	98,1%	98,1%
	Sim	Count	2	3	5
		% within Cidade	1,7%	1,9%	1,9%
Total		Count	115	154	269
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,016a	1	,900	1,000	,635
Continuity Correctionb	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,016	1	,900		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,016	1	,900		
N of Valid Cases	269				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,14.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: subsídio temporário por acidente de trab. ou dça profissional * Cidade

Crosstab					
			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: subsídio temporário por acidente de trab. ou dça profissional	Não	Count	115	155	270
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%
Total		Count	115	155	270
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests	
	Value
Pearson Chi-Square	.a
N of Valid Cases	270

a. No statistics are computed because

Utilização do recurso: subsídio temporário por acidente de trab. ou dça profissional is a constant.

Utilização do recurso: outros subsídios temporários * Cidade

Crosstab					
			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: outros subsídios temporários	Não	Count	113	154	267
		% within Cidade	99,1%	99,4%	99,3%
	Sim	Count	1	1	2
		% within Cidade	,9%	,6%	,7%
Total		Count	114	155	269
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,048a	1	,827	1,000	,669
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,047	1	,828		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,048	1	,827		
N of Valid Cases	269				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,85.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: rendimento social de inserção * Cidade

Crosstab					
			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: rendimento social de inserção	Não	Count	110	153	263
		% within Cidade	98,2%	99,4%	98,9%
	Sim	Count	2	1	3
		% within Cidade	1,8%	,6%	1,1%
Total		Count	112	154	266
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,751a	1	,386	,575	,382
Continuity Correction ^b	,078	1	,781		
Likelihood Ratio	,742	1	,389		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,748	1	,387		
N of Valid Cases	266				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,26.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: pensão / reforma * Cidade

Crosstab					
			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: pensão / reforma	Não	Count	15	9	24
		% within Cidade	12,8%	5,6%	8,6%
	Sim	Count	102	152	254
		% within Cidade	87,2%	94,4%	91,4%
Total		Count	117	161	278
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,491a	1	,034	,050	,029
Continuity Correction ^b	3,621	1	,057		
Likelihood Ratio	4,430	1	,035		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	4,475	1	,034		
N of Valid Cases	278				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,10.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: a cargo da família * Cidade
Crosstab

		Cidade		Total	
		Lisboa	Porto		
Utilização do recurso: a cargo da família	Não	Count	95	84	179
		% within Cidade	83,3%	54,5%	66,8%
	Sim	Count	19	70	89
		% within Cidade	16,7%	45,5%	33,2%
Total		Count	114	154	268
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	24,476a	1	,000	,000	,000
Continuity Correctionb	23,195	1	,000		
Likelihood Ratio	25,765	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	24,384	1	,000		
N of Valid Cases	268				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 37,86.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: apoio social * Cidade
Crosstab

			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: apoio social	Não	Count	109	153	262
		% within Cidade	95,6%	99,4%	97,8%
	Sim	Count	5	1	6
		% within Cidade	4,4%	,6%	2,2%
Total		Count	114	154	268
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,179a	1	,041	,086	,052
Continuity Correctionb	2,646	1	,104		
Likelihood Ratio	4,343	1	,037		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	4,163	1	,041		
N of Valid Cases	268				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,55.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: acompanhamento do dependente em casa * Cidade
Crosstab

			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: acompanhamento do dependente em casa	Não	Count	110	151	261
		% within Cidade	96,5%	94,4%	95,3%
	Sim	Count	4	9	13
		% within Cidade	3,5%	5,6%	4,7%
Total		Count	114	160	274
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,660a	1	,417	,567	,305
Continuity Correctionb	,274	1	,600		
Likelihood Ratio	,682	1	,409		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,657	1	,418		
N of Valid Cases	274				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,41.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: acompanhamento do dependente ao exterior (consultas, saídas ocasionais) * Cidade

Crosstab					
			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: acompanhamento do dependente ao exterior (consultas, saídas ocasionais)	Não	Count	112	157	269
		% within Cidade	97,4%	98,1%	97,8%
	Sim	Count	3	3	6
		% within Cidade	2,6%	1,9%	2,2%
Total		Count	115	160	275
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,169a	1	,681	,697	,494
Continuity Correctionb	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,167	1	,683		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,168	1	,682		
N of Valid Cases	275				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,51.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: acompanhamento em actividades lúdicas e recreativas * Cidade

Crosstab					
			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: acompanhamento em actividades lúdicas e recreativas	Não	Count	110	157	267
		% within Cidade	96,5%	98,1%	97,4%
	Sim	Count	4	3	7
		% within Cidade	3,5%	1,9%	2,6%
Total		Count	114	160	274
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,714a	1	,398	,455	,320
Continuity Correctionb	,208	1	,648		
Likelihood Ratio	,701	1	,403		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,711	1	,399		
N of Valid Cases	274				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,91.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: hospital * Cidade

Crosstab

			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: hospital	Não	Count	20	23	43
		% within Cidade	17,2%	14,4%	15,6%
	Sim	Count	96	137	233
		% within Cidade	82,8%	85,6%	84,4%
Total		Count	116	160	276
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,420a	1	,517	,614	,314
Continuity Correction ^b	,230	1	,631		
Likelihood Ratio	,417	1	,518		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,419	1	,518		
N of Valid Cases	276				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18,07.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: tele-assistência * Cidade

Crosstab

			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: tele-assistência	Não	Count	112	156	268
		% within Cidade	99,1%	99,4%	99,3%
	Sim	Count	1	1	2
		% within Cidade	,9%	,6%	,7%
Total		Count	113	157	270
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,055a	1	,815	1,000	,663
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,054	1	,816		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,055	1	,815		
N of Valid Cases	270				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,84.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: 112 INEM * Cidade
Crosstab

		Cidade		Total	
		Lisboa	Porto		
Utilização do recurso: 112 INEM	Não	Count	70	91	161
		% within Cidade	60,3%	57,2%	58,5%
	Sim	Count	46	68	114
		% within Cidade	39,7%	42,8%	41,5%
Total		Count	116	159	275
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,268a	1	,605	,622	,347
Continuity Correctionb	,155	1	,694		
Likelihood Ratio	,268	1	,605		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,267	1	,606		
N of Valid Cases	275				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 48,09.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar * Cidade
Crosstab

			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar	Não	Count	42	17	59
		% within Cidade	36,8%	10,6%	21,5%
	Sim	Count	72	144	216
		% within Cidade	63,2%	89,4%	78,5%
Total		Count	114	161	275
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	27,360a	1	,000	,000	,000
Continuity Correctionb	25,822	1	,000		
Likelihood Ratio	27,329	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	27,260	1	,000		
N of Valid Cases	275				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24,46.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: Linha Saúde 24 * Cidade
Crosstab

		Cidade		Total	
		Lisboa	Porto		
Utilização do recurso: Linha Saúde 24	Não	Count	114	146	260
		% within Cidade	100,0%	92,4%	95,6%
	Sim	Count	0	12	12
		% within Cidade	,0%	7,6%	4,4%
Total		Count	114	158	272
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9,058a	1	,003	,002	,001
Continuity Correctionb	7,346	1	,007		
Likelihood Ratio	13,435	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	9,025	1	,003		
N of Valid Cases	272				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,03.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: cuidados de higiene e conforto * Cidade

Crosstab					
			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: cuidados de higiene e conforto	Não	Count	97	133	230
		% within Cidade	85,8%	83,1%	84,2%
	Sim	Count	16	27	43
		% within Cidade	14,2%	16,9%	15,8%
Total		Count	113	160	273
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,368a	1	,544	,615	,333
Continuity Correction ^b	,192	1	,661		
Likelihood Ratio	,371	1	,542		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,367	1	,545		
N of Valid Cases	273				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,80.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: cabeleireiro, manicure e esteticista * Cidade

Crosstab					
			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: cabeleireiro, manicure e esteticista	Não	Count	100	135	235
		% within Cidade	87,0%	84,4%	85,5%
	Sim	Count	15	25	40
		% within Cidade	13,0%	15,6%	14,5%
Total		Count	115	160	275
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,359a	1	,549	,606	,337
Continuity Correction ^b	,181	1	,670		
Likelihood Ratio	,362	1	,547		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,357	1	,550		
N of Valid Cases	275				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,73.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: apoio no tratamento da roupa do dependente * Cidade

Crosstab					
			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: apoio no tratamento da roupa do dependente	Não	Count	111	156	267
		% within Cidade	96,5%	97,5%	97,1%
	Sim	Count	4	4	8
		% within Cidade	3,5%	2,5%	2,9%
Total		Count	115	160	275
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,227a	1	,634	,723	,448
Continuity Correction ^b	,013	1	,910		
Likelihood Ratio	,224	1	,636		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,226	1	,635		
N of Valid Cases	275				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,35.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: confecção de refeições e apoio durante as mesmas * Cidade

Crosstab					
			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: confecção de refeições e apoio durante as mesmas	Não	Count	104	144	248
		% within Cidade	91,2%	90,0%	90,5%
	Sim	Count	10	16	26
		% within Cidade	8,8%	10,0%	9,5%
Total		Count	114	160	274
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,117a	1	,732	,836	,451
Continuity Correction ^b	,018	1	,894		
Likelihood Ratio	,118	1	,732		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,116	1	,733		
N of Valid Cases	274				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,82.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: aconselhamento e instalação dos equipamentos adequados * Cidade

Crosstab					
			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: aconselhamento e instalação dos equipamentos adequados	Não	Count	112	158	270
		% within Cidade	98,2%	99,4%	98,9%
	Sim	Count	2	1	3
		% within Cidade	1,8%	,6%	1,1%
Total		Count	114	159	273
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,774a	1	,379	,573	,377
Continuity Correction ^b	,085	1	,771		
Likelihood Ratio	,764	1	,382		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,771	1	,380		
N of Valid Cases	273				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,25.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente * Cidade

Crosstab					
			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente	Não	Count	110	158	268
		% within Cidade	96,5%	99,4%	98,2%
	Sim	Count	4	1	5
		% within Cidade	3,5%	,6%	1,8%
Total		Count	114	159	273
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,063a	1	,080	,164	,099
Continuity Correction ^b	1,670	1	,196		
Likelihood Ratio	3,119	1	,077		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	3,051	1	,081		
N of Valid Cases	273				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,09.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: apoio na compra de medicamentos * Cidade

Crosstab

			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: apoio na compra de medicamentos	Não	Count	113	160	273
		% within Cidade	98,3%	100,0%	99,3%
	Sim	Count	2	0	2
		% within Cidade	1,7%	,0%	,7%
Total		Count	115	160	275
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,803a	1	,094	,174	,174
Continuity Correctionb	,912	1	,340		
Likelihood Ratio	3,508	1	,061		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	2,793	1	,095		
N of Valid Cases	275				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,84.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: apoio na compra de artigos alimentares * Cidade

Crosstab

			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: apoio na compra de artigos alimentares	Não	Count	112	157	269
		% within Cidade	97,4%	98,1%	97,8%
	Sim	Count	3	3	6
		% within Cidade	2,6%	1,9%	2,2%
Total		Count	115	160	275
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,169a	1	,681	,697	,494
Continuity Correctionb	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,167	1	,683		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,168	1	,682		
N of Valid Cases	275				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,51.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização de recursos não profissionais * Cidade

Crosstab

			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização de recursos não profissionais	Familiar	Count	59	97	156
		% within Cidade	62,8%	70,3%	67,2%
	Vizinho	Count	14	17	31
		% within Cidade	14,9%	12,3%	13,4%
	Amigo	Count	4	3	7
		% within Cidade	4,3%	2,2%	3,0%
	Empregada	Count	13	20	33
		% within Cidade	13,8%	14,5%	14,2%
	Outro	Count	4	1	5
		% within Cidade	4,3%	,7%	2,2%
Total	Count	94	138	232	
	% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,802a	4	,308
Likelihood Ratio	4,812	4	,307
Linear-by-Linear Association	1,437	1	,231
N of Valid Cases	232		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,03.

Utilização do recurso: assistente social * Cidade

Crosstab

			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: assistente social	Não	Count	90	138	228
		% within Cidade	78,3%	86,3%	82,9%
	Sim	Count	25	22	47
		% within Cidade	21,7%	13,8%	17,1%
Total		Count	115	160	275
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,014a	1	,083	,104	,058
Continuity Correction ^b	2,476	1	,116		
Likelihood Ratio	2,976	1	,085		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	3,003	1	,083		
N of Valid Cases	275				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19,65.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: enfermeiro * Cidade

Crosstab

			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: enfermeiro	Não	Count	78	92	170
		% within Cidade	66,7%	57,1%	61,2%
	Sim	Count	39	69	108
		% within Cidade	33,3%	42,9%	38,8%
Total		Count	117	161	278
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,587a	1	,108	,135	,069
Continuity Correctionb	2,202	1	,138		
Likelihood Ratio	2,605	1	,107		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	2,578	1	,108		
N of Valid Cases	278				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 45,45.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: fisioterapeuta * Cidade

Crosstab

		Cidade		Total	
		Lisboa	Porto		
Utilização do recurso: fisioterapeuta	Não	Count	96	147	243
		% within Cidade	81,4%	91,9%	87,4%
	Sim	Count	22	13	35
		% within Cidade	18,6%	8,1%	12,6%
Total		Count	118	160	278
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,829a	1	,009	,011	,008
Continuity Correctionb	5,906	1	,015		
Likelihood Ratio	6,755	1	,009		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	6,804	1	,009		
N of Valid Cases	278				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,86.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: médico * Cidade
Crosstab

			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: médico	Não	Count	34	36	70
		% within Cidade	29,1%	22,4%	25,2%
	Sim	Count	83	125	208
		% within Cidade	70,9%	77,6%	74,8%
Total		Count	117	161	278
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,614a	1	,204	,211	,129
Continuity Correction ^b	1,278	1	,258		
Likelihood Ratio	1,603	1	,205		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1,609	1	,205		
N of Valid Cases	278				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 29,46.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: nutricionista * Cidade
Crosstab

			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: nutricionista	Não	Count	116	158	274
		% within Cidade	100,0%	99,4%	99,6%
	Sim	Count	0	1	1
		% within Cidade	,0%	,6%	,4%
Total		Count	116	159	275
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,732a	1	,392	1,000	,578
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	1,098	1	,295		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,730	1	,393		
N of Valid Cases	275				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,42.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: outro * Cidade
Crosstab

			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: outro	Não	Count	84	131	215
		% within Cidade	93,3%	95,6%	94,7%
	Sim	Count	6	6	12
		% within Cidade	6,7%	4,4%	5,3%
Total		Count	90	137	227
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,567a	1	,451	,548	,322
Continuity Correction ^b	,203	1	,653		
Likelihood Ratio	,556	1	,456		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,565	1	,452		
N of Valid Cases	227				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,76.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: psicólogo * Cidade

Crosstab					
			Cidade		Total
			Lisboa	Porto	
Utilização do recurso: psicólogo	Não	Count	111	159	270
		% within Cidade	95,7%	100,0%	98,2%
	Sim	Count	5	0	5
		% within Cidade	4,3%	,0%	1,8%
Total		Count	116	159	275
		% within Cidade	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,980a	1	,008	,013	,013
Continuity Correctionb	4,775	1	,029		
Likelihood Ratio	8,759	1	,003		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	6,955	1	,008		
N of Valid Cases	275				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,11.
b. Computed only for a 2x2 table

Anexos

Anexo 9 – Estatística inferencial – Two Step Clusters

Assiste na deambulação/dia * TwoStep Cluster Number

Crosstab

			TwoStep Cluster Number		Total
			1	2	
Assiste na deambulação/dia	Até 1 vez/dia	Count	13	13	26
		% within Assiste na deambulação/dia	50,0%	50,0%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	56,5%	61,9%	59,1%
	Mais de 1 vez/dia	Count	10	8	18
		% within Assiste na deambulação/dia	55,6%	44,4%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	43,5%	38,1%	40,9%
Total	Count	23	21	44	
	% within Assiste na deambulação/dia	52,3%	47,7%	100,0%	
	% within TwoStep Cluster Number	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,132 ^a	1	,717	,767	,478
Continuity Correction ^b	,003	1	,955		
Likelihood Ratio	,132	1	,717		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,129	1	,720		
N of Valid Cases	44				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,59.

b. Computed only for a 2x2 table

Arranja as unhas/mês * TwoStep Cluster Number

Crosstab

			TwoStep Cluster Number		Total
			1	2	
Arranja as unhas/mês	Até 2 vezes/mês	Count	12	33	45
		% within Arranja as unhas/mês	26,7%	73,3%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	33,3%	78,6%	57,7%
	Mais de 2 vezes/mês	Count	24	9	33
		% within Arranja as unhas/mês	72,7%	27,3%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	66,7%	21,4%	42,3%
Total	Count	36	42	78	
	% within Arranja as unhas/mês	46,2%	53,8%	100,0%	
	% within TwoStep Cluster Number	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	16,253 ^a	1	,000	,000	,000
Continuity Correction ^b	14,452	1	,000		
Likelihood Ratio	16,804	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	16,044	1	,000		
N of Valid Cases	78				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,23.

b. Computed only for a 2x2 table

Lava o cabelo/semana * TwoStep Cluster Number

Crosstab

			TwoStep Cluster Number	TwoStep Cluster Number	Total
			1	2	
Lava o cabelo/semana	Até 2 vezes/semana	Count	21	22	43
		% within Lava o cabelo/semana	48,8%	51,2%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	61,8%	57,9%	59,7%
	Mais de 2 vezes/semana	Count	13	16	29
		% within Lava o cabelo/semana	44,8%	55,2%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	38,2%	42,1%	40,3%
Total	Count	34	38	72	
	% within Lava o cabelo/semana	47,2%	52,8%	100,0%	
	% within TwoStep Cluster Number	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,112 ^a	1	,738	,812	,463
Continuity Correction ^b	,009	1	,925		
Likelihood Ratio	,112	1	,738		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,110	1	,740		
N of Valid Cases	72				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,69.

b. Computed only for a 2x2 table

Inspecciona a pele do períneo/dia * TwoStep Cluster Number

Crosstab

			TwoStep Cluster Number		Total
			1	2	
Inspecciona a pele do períneo/dia	Até 1 vez/dia	Count	17	24	41
		% within Inspecciona a pele do períneo/dia	41,5%	58,5%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	56,7%	88,9%	71,9%
	Mais de 1 vez/dia	Count	13	3	16
		% within Inspecciona a pele do períneo/dia	81,3%	18,8%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	43,3%	11,1%	28,1%
Total	Count	30	27	57	
	% within Inspecciona a pele do períneo/dia	52,6%	47,4%	100,0%	
	% within TwoStep Cluster Number	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,307 ^a	1	,007	,009	,007
Continuity Correction ^b	5,799	1	,016		
Likelihood Ratio	7,781	1	,005		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	7,179	1	,007		
N of Valid Cases	57				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,58.

b. Computed only for a 2x2 table

Aplica cremes hidratantes/semana * TwoStep Cluster Number

Crosstab

			TwoStep Cluster Number	TwoStep Cluster Number	Total
			1	2	
Aplica cremes hidratantes/semana	Até 4 vezes/semana	Count	8	23	31
		% within Aplica cremes hidratantes/semana	25,8%	74,2%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	22,9%	69,7%	45,6%
	Mais de 4 vezes/semana	Count	27	10	37
		% within Aplica cremes hidratantes/semana	73,0%	27,0%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	77,1%	30,3%	54,4%
Total	Count	35	33	68	
	% within Aplica cremes hidratantes/semana	51,5%	48,5%	100,0%	
	% within TwoStep Cluster Number	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	15,023 ^a	1	,000	,000	,000
Continuity Correction ^b	13,194	1	,000		
Likelihood Ratio	15,625	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	14,802	1	,000		
N of Valid Cases	68				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,04.

b. Computed only for a 2x2 table

Limpa os ouvidos/semana * TwoStep Cluster Number

Crosstab

			TwoStep Cluster Number	TwoStep Cluster Number	Total
			1	2	
Limpa os ouvidos/semana	Até 4 vezes/semana	Count	10	14	24
		% within Limpa os ouvidos/semana	41,7%	58,3%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	32,3%	70,0%	47,1%
	Mais de 4 vezes/semana	Count	21	6	27
		% within Limpa os ouvidos/semana	77,8%	22,2%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	67,7%	30,0%	52,9%
Total	Count	31	20	51	
	% within Limpa os ouvidos/semana	60,8%	39,2%	100,0%	
	% within TwoStep Cluster Number	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,951 ^a	1	,008	,011	,009
Continuity Correction ^b	5,518	1	,019		
Likelihood Ratio	7,104	1	,008		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	6,815	1	,009		
N of Valid Cases	51				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,41.

b. Computed only for a 2x2 table

Dependência para: levantar-se ou posicionar-se ou transferir-se * TwoStep Cluster Number
Crosstabulation

			TwoStep Cluster Number		Total
			1	2	
Dependência para: levantar-se ou posicionar-se ou transferir-se	Sim	Count	13	56	69
		% within Dependência para: levantar-se ou posicionar-se ou transferir-se	18,8%	81,2%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	32,5%	96,6%	70,4%
	Não	Count	27	2	29
		% within Dependência para: levantar-se ou posicionar-se ou transferir-se	93,1%	6,9%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	67,5%	3,4%	29,6%
Total	Count		40	58	98
	% within Dependência para: levantar-se ou posicionar-se ou transferir-se		40,8%	59,2%	100,0%
	% within TwoStep Cluster Number		100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	46,615 ^a	1	,000	,000	,000
Continuity Correction ^b	43,592	1	,000		
Likelihood Ratio	51,198	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	46,140	1	,000		
N of Valid Cases	98				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,84.

b. Computed only for a 2x2 table

Presença de sinais aparentes de compromisso da integridade da pele * TwoStep Cluster Number

Crosstab

			TwoStep Cluster Number		Total
			1	2	
Presença de sinais aparentes de compromisso da integridade da pele	Sim	Count	15	6	21
		% within Presença de sinais aparentes de compromisso da integridade da pele	71,4%	28,6%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	38,5%	10,5%	21,9%
	Não	Count	24	51	75
		% within Presença de sinais aparentes de compromisso da integridade da pele	32,0%	68,0%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	61,5%	89,5%	78,1%
Total	Count		39	57	96
	% within Presença de sinais aparentes de compromisso da integridade da pele		40,6%	59,4%	100,0%
	% within TwoStep Cluster Number		100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10,574 ^a	1	,001	,002	,001
Continuity Correction ^b	9,002	1	,003		
Likelihood Ratio	10,531	1	,001		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	10,464	1	,001		
N of Valid Cases	96				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,53.

b. Computed only for a 2x2 table

Presença de sinais aparentes de desidratação * TwoStep Cluster Number

Crosstab

			TwoStep Cluster Number		Total
			1	2	
Presença de sinais aparentes de desidratação	Sim	Count	16	2	18
		% within Presença de sinais aparentes de desidratação	88,9%	11,1%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	43,2%	4,5%	22,2%
	Não	Count	21	42	63
		% within Presença de sinais aparentes de desidratação	33,3%	66,7%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	56,8%	95,5%	77,8%
Total	Count	37	44	81	
	% within Presença de sinais aparentes de desidratação	45,7%	54,3%	100,0%	
	% within TwoStep Cluster Number	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	17,414 ^a	1	,000	,000	,000
Continuity Correction ^b	15,247	1	,000		
Likelihood Ratio	18,925	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	17,199	1	,000		
N of Valid Cases	81				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,22.

b. Computed only for a 2x2 table

Presença de sinais aparentes de desnutrição * TwoStep Cluster Number

Crosstab

			TwoStep Cluster Number		Total
			1	2	
Presença de sinais aparentes de desnutrição	Sim	Count	6	1	7
		% within Presença de sinais aparentes de desnutrição	85,7%	14,3%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	16,2%	2,2%	8,5%
	Não	Count	31	44	75
		% within Presença de sinais aparentes de desnutrição	41,3%	58,7%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	83,8%	97,8%	91,5%
Total	Count	37	45	82	
	% within Presença de sinais aparentes de desnutrição	45,1%	54,9%	100,0%	
	% within TwoStep Cluster Number	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,093 ^a	1	,024	,042	,030
Continuity Correction ^b	3,458	1	,063		
Likelihood Ratio	5,445	1	,020		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	5,031	1	,025		
N of Valid Cases	82				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,16.

b. Computed only for a 2x2 table

Presença de sinais aparentes de rigidez articular * TwoStep Cluster Number

Crosstab

			TwoStep Cluster Number		Total
			1	2	
Presença de sinais aparentes de rigidez articular	Sim	Count	28	22	50
		% within Presença de sinais aparentes de rigidez articular	56,0%	44,0%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	80,0%	45,8%	60,2%
	Não	Count	7	26	33
		% within Presença de sinais aparentes de rigidez articular	21,2%	78,8%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	20,0%	54,2%	39,8%
Total	Count	35	48	83	
	% within Presença de sinais aparentes de rigidez articular	42,2%	57,8%	100,0%	
	% within TwoStep Cluster Number	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9,865 ^a	1	,002	,003	,002
Continuity Correction ^b	8,490	1	,004		
Likelihood Ratio	10,319	1	,001		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	9,746	1	,002		
N of Valid Cases	83				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,92.

b. Computed only for a 2x2 table

Presença de sinais condição de higiene e asseio deficiente * TwoStep Cluster Number

Crosstab

			TwoStep Cluster Number		Total
			1	2	
Presença de sinais condição de higiene e asseio deficiente	Sim	Count	12	3	15
		% within Presença de sinais condição de higiene e asseio deficiente	80,0%	20,0%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	32,4%	6,7%	18,3%
	Não	Count	25	42	67
		% within Presença de sinais condição de higiene e asseio deficiente	37,3%	62,7%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	67,6%	93,3%	81,7%
Total	Count		37	45	82
	% within Presença de sinais condição de higiene e asseio deficiente		45,1%	54,9%	100,0%
	% within TwoStep Cluster Number		100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9,019 ^a	1	,003	,004	,003
Continuity Correction ^b	7,377	1	,007		
Likelihood Ratio	9,362	1	,002		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	8,909	1	,003		
N of Valid Cases	82				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,77.

b. Computed only for a 2x2 table

Presença de sinais condição de vestuário deficiente * TwoStep Cluster Number

Crosstab

			TwoStep Cluster Number		Total
			1	2	
Presença de sinais condição de vestuário deficiente	Sim	Count	15	3	18
		% within Presença de sinais condição de vestuário deficiente	83,3%	16,7%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	40,5%	6,7%	22,0%
	Não	Count	22	42	64
		% within Presença de sinais condição de vestuário deficiente	34,4%	65,6%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	59,5%	93,3%	78,0%
Total	Count		37	45	82
	% within Presença de sinais condição de vestuário deficiente		45,1%	54,9%	100,0%
	% within TwoStep Cluster Number		100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	13,599 ^a	1	,000	,000	,000
Continuity Correction ^b	11,694	1	,001		
Likelihood Ratio	14,307	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	13,433	1	,000		
N of Valid Cases	82				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,12.

b. Computed only for a 2x2 table

Presença de sinais de alteração do estado mental * TwoStep Cluster Number

Crosstab

			TwoStep Cluster Number		Total
			1	2	
Presença de sinais de alteração do estado mental	Sim	Count	30	12	42
		% within Presença de sinais de alteração do estado mental	71,4%	28,6%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	78,9%	21,4%	44,7%
	Não	Count	8	44	52
		% within Presença de sinais de alteração do estado mental	15,4%	84,6%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	21,1%	78,6%	55,3%
Total		Count	38	56	94
		% within Presença de sinais de alteração do estado mental	40,4%	59,6%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	30,302 ^a	1	,000	,000	,000
Continuity Correction ^b	28,019	1	,000		
Likelihood Ratio	31,939	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	29,979	1	,000		
N of Valid Cases	94				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,98.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: rendimento solidário para idosos (RSI) * TwoStep Cluster Number

Crosstab

			TwoStep Cluster Number		Total
			1	2	
Utilização do recurso: rendimento solidário para idosos (RSI)	Não	Count	35	51	86
		% within Utilização do recurso: rendimento solidário para idosos (RSI)	40,7%	59,3%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	89,7%	92,7%	91,5%
	Sim	Count	4	4	8
		% within Utilização do recurso: rendimento solidário para idosos (RSI)	50,0%	50,0%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	10,3%	7,3%	8,5%
Total		Count	39	55	94
		% within Utilização do recurso: rendimento solidário para idosos (RSI)	41,5%	58,5%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,261 ^a	1	,610	,714	,439
Continuity Correction ^b	,018	1	,892		
Likelihood Ratio	,257	1	,612		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,258	1	,611		
N of Valid Cases	94				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,32.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: acompanhamento do dependente em casa * TwoStep Cluster Number

Crosstab

			TwoStep Cluster Number		Total
			1	2	
Utilização do recurso: acompanhamento do dependente em casa	Não	Count	34	58	92
		% within Utilização do recurso: acompanhamento do dependente em casa	37,0%	63,0%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	87,2%	100,0%	94,8%
	Sim	Count	5	0	5
		% within Utilização do recurso: acompanhamento do dependente em casa	100,0%	,0%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	12,8%	,0%	5,2%
Total		Count	39	58	97
		% within Utilização do recurso: acompanhamento do dependente em casa	40,2%	59,8%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,840 ^a	1	,005	,009	,009
Continuity Correction ^b	5,437	1	,020		
Likelihood Ratio	9,520	1	,002		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	7,759	1	,005		
N of Valid Cases	97				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,01.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: 112 INEM * TwoStep Cluster Number

Crosstab

			TwoStep Cluster Number		Total
			1	2	
Utilização do recurso: 112 INEM	Não	Count	13	35	48
		% within Utilização do recurso: 112 INEM	27,1%	72,9%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	32,5%	61,4%	49,5%
	Sim	Count	27	22	49
		% within Utilização do recurso: 112 INEM	55,1%	44,9%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	67,5%	38,6%	50,5%
Total		Count	40	57	97
		% within Utilização do recurso: 112 INEM	41,2%	58,8%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,855 ^a	1	,005	,007	,005
Continuity Correction ^b	6,742	1	,009		
Likelihood Ratio	7,986	1	,005		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	7,774	1	,005		
N of Valid Cases	97				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19,79.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: cuidados de higiene e conforto * TwoStep Cluster Number

Crosstab

			TwoStep Cluster Number		Total
			1	2	
Utilização do recurso: cuidados de higiene e conforto	Não	Count	24	58	82
		% within Utilização do recurso: cuidados de higiene e conforto	29,3%	70,7%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	61,5%	100,0%	84,5%
	Sim	Count	15	0	15
		% within Utilização do recurso: cuidados de higiene e conforto	100,0%	,0%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	38,5%	,0%	15,5%
Total		Count	39	58	97
		% within Utilização do recurso: cuidados de higiene e conforto	40,2%	59,8%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	26,388 ^a	1	,000	,000	,000
Continuity Correction ^b	23,528	1	,000		
Likelihood Ratio	31,581	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	26,116	1	,000		
N of Valid Cases	97				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,03.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: cabeleireiro, manicure e esteticista * TwoStep Cluster Number

Crosstab

			TwoStep Cluster Number		Total
			1	2	
Utilização do recurso: cabeleireiro, manicure e esteticista	Não	Count	27	52	79
		% within Utilização do recurso: cabeleireiro, manicure e esteticista	34,2%	65,8%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	69,2%	89,7%	81,4%
	Sim	Count	12	6	18
		% within Utilização do recurso: cabeleireiro, manicure e esteticista	66,7%	33,3%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	30,8%	10,3%	18,6%
Total	Count	39	58	97	
	% within Utilização do recurso: cabeleireiro, manicure e esteticista	40,2%	59,8%	100,0%	
	% within TwoStep Cluster Number	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,437 ^a	1	,011	,016	,012
Continuity Correction ^b	5,156	1	,023		
Likelihood Ratio	6,342	1	,012		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	6,370	1	,012		
N of Valid Cases	97				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,24.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização de recursos não profissionais * TwoStep Cluster Number

Crosstab

			TwoStep Cluster Number		Total
			1	2	
Utilização de recursos não profissionais	Familiar	Count	24	41	65
		% within Utilização de recursos não profissionais	36,9%	63,1%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	63,2%	82,0%	73,9%
	Vizinho	Count	3	6	9
		% within Utilização de recursos não profissionais	33,3%	66,7%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	7,9%	12,0%	10,2%
	Amigo	Count	1	1	2
		% within Utilização de recursos não profissionais	50,0%	50,0%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	2,6%	2,0%	2,3%
	Empregada	Count	10	2	12
		% within Utilização de recursos não profissionais	83,3%	16,7%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	26,3%	4,0%	13,6%
Total	Count	38	50	88	
	% within Utilização de recursos não profissionais	43,2%	56,8%	100,0%	
	% within TwoStep Cluster Number	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,316 ^a	3	,025
Likelihood Ratio	9,698	3	,021
Linear-by-Linear Association	7,900	1	,005
N of Valid Cases	88		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,86.

Utilização do recurso: enfermeiro * TwoStep Cluster Number

Crosstab

			TwoStep Cluster Number		Total
			1	2	
Utilização do recurso: enfermeiro	Não	Count	14	40	54
		% within Utilização do recurso: enfermeiro	25,9%	74,1%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	35,0%	69,0%	55,1%
	Sim	Count	26	18	44
		% within Utilização do recurso: enfermeiro	59,1%	40,9%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	65,0%	31,0%	44,9%
Total		Count	40	58	98
		% within Utilização do recurso: enfermeiro	40,8%	59,2%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11,039 ^a	1	,001	,001	,001
Continuity Correction ^b	9,709	1	,002		
Likelihood Ratio	11,191	1	,001		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	10,927	1	,001		
N of Valid Cases	98				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,96.

b. Computed only for a 2x2 table

Utilização do recurso: médico * TwoStep Cluster Number

Crosstab

			TwoStep Cluster Number		Total
			1	2	
Utilização do recurso: médico	Não	Count	4	15	19
		% within Utilização do recurso: médico	21,1%	78,9%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	10,0%	25,9%	19,4%
	Sim	Count	36	43	79
		% within Utilização do recurso: médico	45,6%	54,4%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	90,0%	74,1%	80,6%
Total		Count	40	58	98
		% within Utilização do recurso: médico	40,8%	59,2%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,811 ^a	1	,051	,069	,043
Continuity Correction ^b	2,864	1	,091		
Likelihood Ratio	4,079	1	,043		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	3,772	1	,052		
N of Valid Cases	98				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,76.

b. Computed only for a 2x2 table

Case Processing Summary

	Cases	Cases	Cases	Cases	Cases	Cases
	Valid	Valid	Missing	Missing	Total	Total
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dependência para: levantar-se ou posicionar-se ou transferir-se * TwoStep Cluster Number	98	60,1%	65	39,9%	163	100,0%

Dependência para: levantar-se ou posicionar-se ou transferir-se * TwoStep Cluster Number Crosstabulation

			TwoStep Cluster Number	TwoStep Cluster Number	Total
			1	2	
Dependência para: levantar-se ou posicionar-se ou transferir-se	Sim	Count	36	11	47
		% within Dependência para: levantar-se ou posicionar-se ou transferir-se	76,6%	23,4%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	90,0%	19,0%	48,0%
	Não	Count	4	47	51
		% within Dependência para: levantar-se ou posicionar-se ou transferir-se	7,8%	92,2%	100,0%
		% within TwoStep Cluster Number	10,0%	81,0%	52,0%
Total	Count		40	58	98
	% within Dependência para: levantar-se ou posicionar-se ou transferir-se		40,8%	59,2%	100,0%
	% within TwoStep Cluster Number		100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	47,861 ^a	1	,000
Continuity Correction ^b	45,057	1	,000
Likelihood Ratio	53,343	1	,000
Fisher's Exact Test			
Linear-by-Linear Association	47,373	1	,000
N of Valid Cases	98		

Chi-Square Tests

	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square		
Continuity Correction ^b		
Likelihood Ratio		
Fisher's Exact Test	,000	,000
Linear-by-Linear Association		
N of Valid Cases		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19,18.

b. Computed only for a 2x2 table